



**Universidad Autónoma del Estado de México
Unidad Académica Profesional Nezahualcóyotl**

**Diseño, implementación y evaluación
de un programa para la prevención de alteraciones
de la imagen corporal en adolescentes.**

T E S I S

Para obtener el título de
Licenciado en Educación para la Salud

PRESENTA

Rodríguez Bello Nayeli Italdibe

Asesor:

Dr. Esteban Jaime Camacho Ruiz

Nezahualcóyotl, Noviembre, 2016

ÍNDICE

	pág.
Resumen.....	
Abstract.....	
Introducción.....	1
Capítulo I. Planteamiento del problema.....	3
1.1 Planteamiento del problema.....	3
1.2 Hipótesis.....	4
1.3 Objetivo general.....	4
1.4 Objetivos específicos.....	4
1.5 Justificación.....	5
1.6 Preguntas de investigación	6
Capítulo II. Marco teórico.....	7
2.1 Definiciones	
2.1.1 Adolescencia.....	7
2.1.2 Cambios en la adolescencia.....	9
2.1.3 Cambios biológicos.....	16
2.2 Imagen corporal.....	18
2.2.1 Adolescencia e imagen corporal.....	25
2.3 Modelos culturales	
2.3.1 Alteraciones de la imagen corporal.....	27
2.3.2 insatisfacción con la imagen corporal.....	29
2.4 Autoestima	
2.4.1 Autoestima en el adolescente.....	33
2.4.2 Teoría ecléctica.....	38
2.5 Medios de comunicación.....	39
2.6 Factores de riesgo.....	43
2.7 Factores protectores.....	46
2.8 Trastornos de la conducta alimentaria.....	48

2.8.1 Anorexia.....	50
2.8.2 Bulimia.....	53
2.9 Programas de prevención.....	57
2.10 La importancia de la planeación didáctica en la labor docente.....	65
Capítulo III. Método.....	67
3.1 Variable dependiente.....	67
3.2 Variable independiente.....	67
3.3 Tipo de estudio.....	67
3.4 Población de estudio.....	67
3.5 Criterios de selección.....	67
3.6 Instrumentos.....	68
3.7 Descripción del programa.....	70
3.8 Procedimiento.....	72
3.9 Análisis de datos.....	73
Capítulo IV. Resultados.....	74
4.1 Resultados descriptivos.....	74
4.2 Resultados inferenciales.....	78
Capítulo V. Análisis y discusión de resultados.....	85
Capítulo VI. Conclusiones.....	90
Referencias.....	94
Anexos.....	101
Anexo 1. BSQ Masculino.....	104
Anexo 2. BSQ Femenino.....	107
Anexo 3. Partes de cuerpo “hombre”.....	110
Anexo 4. Partes del cuerpo “mujer”.....	112
Anexo 5. Consentimiento Informado.....	114
Anexo 6. Carta Asentimiento.....	116

Anexo 7.Manual “Programa alteraciones de la Imagen corporal en Adolescentes”.....	119
---	-----

Lista de tablas y figuras

Figura 1. Distribución de la muestra por grupo al que pertenece.....	74
Figura 2. Distribución de la muestra por edad.....	75
Figura 3. Distribución de la muestra por genero	75
Figura 4. Distribución de la muestra por categoría de IMC de los participantes.....	76
Figura 5. Distribución de la muestra por peso de los participantes	77
Figura 6. Distribución de la muestra por talla de los participantes.....	77
Tabla 1. Factores e ítems que mide el BSQ.....	68
Tabla 2. Medías y desviaciones estándar para los factores del cuestionario BSQ en la preprueba y la posprueba del grupo control y grupo con intervención.....	78
Tabla 3. Medías y desviaciones estándar para los factores de CIC en la preprueba y la posprueba del grupo control y grupo con intervención.....	79
Tabla 4. Medías y desviaciones estándar para los factores de CIC en la preprueba y la posprueba del grupo control y grupo con intervención (femenino)....	81
Tabla 5. Medías y desviaciones estándar para los factores de CIC en la preprueba y la posprueba del grupo control y grupo con intervención (masculino)	83

Resumen

En la adolescencia suelen plantearse distintas formas de comportamiento y problemas a nivel individual y familiar, que a su vez adquieren un peso y un matiz de acuerdo a la sociedad a la que se pertenece. Por ello, en el campo de educación para la salud resulta importante conocer de manera particular las características de los problemas que presentan los adolescentes. En especial aquellos que los ponen en riesgo de desarrollar trastornos de alteraciones de la imagen corporal (como los trastornos de conducta alimentaria, autoestima, alimentación, medios de comunicación.). **Objetivo:** Desarrollar e implementar un programa de intervención, para la prevención de alteraciones de la imagen corporal en adolescentes. **Método:** El estudio se llevó a cabo en una Escuela Secundaria Técnica en el municipio de Nezahualcóyotl, con adolescentes de 11 a 13 años de edad. Los 100 participantes incluidos en este estudio se dividieron en dos grupos: grupo control, conformado por 49 estudiantes de la escuela secundaria del turno matutino, y grupo con intervención, conformado por 51 estudiantes del mismo grado. El grupo control, estuvo compuesto por 25 mujeres y 25 hombres. El grupo experimental, estuvo compuesto por 30 mujeres y 20 hombres. **Resultados:** Se encontró que los adolescentes de nivel secundaria tanto hombres como mujeres, presentaron algunos trastornos de la imagen corporal. Es notable que la insatisfacción corporal se presentara más en las mujeres.

Conclusiones: A partir de estos resultados, se presenta la necesidad de seguir investigando las tendencias de esta problemática y la instrumentación de programas en salud en prevención de la insatisfacción corporal en los adolescentes.

Palabras clave: *Adolescencia, Imagen Corporal, Autoestima, Trastornos Alimentarios, Insatisfacción Corporal.*

Abstract

Usually they arise in adolescence different forms of behavior and problems at individual and family level, which in turn acquire a weight and a shade according to the society to which they belong. Therefore, in the field of health education it is particularly important to know the characteristics of the problems presented by adolescents. Especially those that put them at risk of developing disorders of body image disorders (such as eating disorders, self-esteem, nutrition, media and depression) .**Objective:** To develop and implement an intervention program for the prevention of alterations of body image in adolescents. **Method:** The study was conducted at the Technical High School in the city of Netzahualcoyotl, with adolescents ranging in age from 11-13 years old. The 100 participants included in this study were divided into two groups: control, consisting of 50 high school students in the morning shift and intervention group, consisting of 50 students in the same grade. The control group consisted of 25 women and 25 men. The experimental group consisted of 30 women and 20 men. **Results:** We found that the adolescents of secondary level male and female, presented some body image disorders. It is remarkable that body dissatisfaction was presented more in women. **Conclusions:** From these results, it shows the need for further research trends of this problem and the implementation of health programs in prevention of body dissatisfaction among adolescents.

Keywords: *Adolescence, Body Image, Self-esteem. Eating Disorders, Body Dissatisfaction.*

INTRODUCCIÓN

Durante la adolescencia, se sufren una infinidad de cambios físicos y biológicos, considerando los más drásticos los cambios físicos. Y es precisamente a estos cambios a los que menos atención ponemos, cuando se trata de ayudar a un adolescente a realizar una transición exitosa de la adolescencia hacia la adultez, en los cuales se genera una sensación de perplejidad, dudas, miedos y ansiedad que la mayoría de los y las adolescentes superan con éxito. Estos cambios provocan la necesidad de alcanzar una integridad psicológica, coherente con el entorno social en el cual los individuos se desarrollan (Santrock, 2004).

Existen diversos factores, que alteran el comportamiento del adolescente, que ocasiona una alteración en la imagen corporal, entre ellos los medios de comunicación que tienen un papel muy importante para el adolescente, donde se le brinda la figura perfecta que se puede mostrar en revistas, comerciales, en sí englobando los medios de comunicación (Santrock, 2004).

Es por ello que la presente investigación se enfocó a realizar un programa de intervención diseñado para adolescentes, con el objetivo de prevenir alteraciones de la imagen corporal implementando actividades lúdicas y dinámicas para evaluar si existen alteraciones de la imagen corporal.

Es por ello que el presente trabajo de tesis, se sustenta en un programa que pretende ser una guía para futuras intervenciones que se lleguen a realizar acerca de la insatisfacción corporal en los adolescentes. Dentro de su contenido se puede observar una serie de sesiones en las cuales se pueden ver los aspectos más esenciales para poder ser utilizados de una manera muy fácil y práctica.

Este trabajo presenta los siguientes capítulos:

En el capítulo **I** se presenta el planteamiento de la investigación, la hipótesis, los objetivos, la justificación y las preguntas de investigación.

En el capítulo **II** se abordan los aspectos teóricos relacionados a las alteraciones de la imagen corporal, sus características y puntos en común con el adolescente. Se tratan aspectos como adolescencia, imagen corporal, insatisfacción corporal, modelos culturales, autoestima, medios de comunicación, trastornos de conducta alimentaria, planeación didáctica. Así como también se describe un programa de alteraciones de la imagen corporal a nivel de atención primaria.

En el capítulo **III** se presentan los métodos de investigación por el cual se sustenta la tesis de investigación, en la cual se utilizaron las variables dependientes e independientes, utilizando como instrumentos el BSQ (Body Shape Questionnaire) y el CIC (Cuestionario de Imagen Corporal) ya que dichos instrumentos evalúan la imagen corporal. También se describen las características de la muestra, el programa de intervención y el procedimiento utilizado en el estudio.

En el capítulo **IV** se presentan los resultados descriptivos e inferenciales.

En el capítulo **V** se presenta el análisis y discusión de los resultados

En el capítulo **VI** se presentan las conclusiones, limitaciones y recomendaciones de esta tesis.

Capítulo I. Planteamiento del problema

1.1. Planteamiento del problema

En los últimos años se ha escrito profusamente sobre las características biológicas, psicológicas y sociales de los trastornos alimentarios, pero aún resulta difícil identificar las causas de estos trastornos ya que lo mismos están multideterminados. Las restricciones en la dieta, el deseo de estar delgado, el medio intenso de ser obeso y la vulnerabilidad a los estereotipos culturales, son rasgos que se presentan en la mayoría de los adolescentes. La incidencia de estas alteraciones va aumentando dramáticamente en las sociedades, afectando principalmente a las mujeres, en especial, a aquellas que están muy preocupadas por su peso y cuerpo. La alteración de la imagen corporal constituye un componente en los trastornos alimentarios (Rivarola, 2003).

La Organización Mundial de la Salud califica a la obesidad como la principal pandemia del siglo XXI (World Health Organization, 2004). Además, diversos estudios epidemiológicos permiten afirmar que su incidencia en jóvenes es cada vez más frecuente. En este sentido, Latner y Stunkard (2003) señalan que mientras que muchas sociedades valoran positivamente el hecho de estar delgado y critican la obesidad, los medios de comunicación están ejerciendo una fuerte presión al transmitir un ideal de belleza poco saludable. En consecuencia, la satisfacción con la percepción de la imagen corporal personal, especialmente en estas edades, desempeña un rol fundamental en el bienestar psicológico (Gómez, (2013).

La insatisfacción con la imagen corporal, las dietas y las ideas sobrevaloradas de un cuerpo delgado son factores prevalentes en la mayoría de las adolescentes y jóvenes actuales. Sumada a la presión social publicitaria que presentan modelos que forman la delgadez como símbolo de éxito en la vida, está es la preocupación que existe entre la población general en especial en las mujeres adolescentes y jóvenes, por el hecho de sentirse atractiva para el otro (Rivarola & Penna, 2006).

Desde la mirada de la Licenciatura en Educación para la Salud y con la finalidad de contribuir a la prevención de esta problemática de salud se formula la siguiente pregunta: ¿cuál es el impacto de un programa para la prevención de alteraciones de la imagen corporal en adolescentes en una escuela secundaria?

1.2. Hipótesis

La implementación de un programa, de imagen corporal logrará disminuir la insatisfacción corporal en adolescentes.

La implementación de un programa, de imagen corporal en adolescentes, no logrará disminuir la insatisfacción corporal.

1.3. Objetivo general:

Evaluar el impacto de un programa para la prevención de alteraciones de la imagen corporal en adolescentes, en una escuela secundaria.

1.4. Objetivos específicos:

1. Diseñar un programa de alteraciones de la imagen corporal en adolescentes.
2. Diseñar un manual de alteraciones de la imagen corporal en adolescentes en donde interviene la licenciatura en educación para la salud.
3. Aplicar un programa dirigido a disminuir la insatisfacción corporal con la imagen corporal.
4. Identificar la presencia de alteraciones de la imagen corporal en los participantes.

1.5. Justificación

Hoy en día, se ha observado que los adolescentes se preocupan demasiado por su aspecto personal, día con día observamos en nuestro alrededor a personas delgadas y bellas, las cuales son consideradas perfectas. La sociedad, actualmente considera que una persona esbelta, es más exitosa que una persona con sobrepeso y obesidad.

Nosotros no creamos nuestra imagen corporal por si sola. Las personas que nos rodean y nuestra cultura tienen una fuerte influencia en nuestra imagen corporal. Todo el tiempo recibimos mensajes positivos y negativos sobre nuestro cuerpo de parte de la familia, amigos y los medios de comunicación, y esto comienza desde muy temprano en nuestras vidas.

En la época de la adolescencia, se ha observado que la preocupación por su cuerpo, es indispensable para la mayoría de los jóvenes, y en ocasiones por tener una figura delgada, que recaen en problemas relacionados con los trastornos de conducta alimentaria. Así mismo, se ha presentado que si una persona presenta una baja autoestima, es más probable que recaiga en dichos TCA (Trastorno de conducta alimentaria).

Se crea una imagen corporal negativa cuando alguien siente que su cuerpo no está a la altura de los ideales de la familia, de la sociedad o de los medios de comunicación. Muchas personas sienten que no cumplen con las expectativas ideales, sobre todo cuando se comparan con los estereotipos de belleza que se ven comúnmente en los medios de comunicación.

Tener una imagen corporal negativa afecta principalmente la salud física y la salud mental como baja autoestima, aislamiento social, tener problemas relacionados con los trastornos alimenticios, ya que estos trastornos pueden ser muy graves.

La adolescencia y la pre-adolescencia, son etapas de la vida en la que los cuerpos y la imagen corporal de los jóvenes cambian constantemente. También es una etapa en la que muchas personas, en particular las adolescentes, tienen problemas con la imagen corporal. Por esta razón, en la presente investigación se trabajó en una escuela secundaria para determinar el impacto que tiene la imagen corporal en los adolescentes.

Si tenemos en cuenta que, durante la adolescencia se produce una alteración importante de la imagen corporal y que es, en esta etapa evolutiva, donde un buen diagnóstico con una posterior aplicación de programas educativos resulta fundamental para prevenir problemas posteriores como la anorexia, la bulimia, etc.

Para llevar a cabo la investigación se han retomado a distintos autores que hablan acerca del comportamiento del adolescente y cuáles son las principales razones por las cuales se les debe prestar mayor atención, una vez que se tiene en cuenta qué factores intervienen en la adolescencia se pudo observar que uno de los mayores problemas que el adolescente presenta son las alteraciones de la imagen corporal.

Por ello además de citar algunos autores que hablan acerca de la adolescencia, también se citaron algunos autores que hablan acerca de la imagen corporal, y sus factores intervienen, como la autoestima es un factor de riesgo y como los medios de comunicación afectan al adolescente.

1.6. Preguntas de investigación:

¿Cuál es el impacto que tiene la implementación de un programa de imagen corporal sobre la insatisfacción corporal que tienen los adolescentes?

Capítulo II. Marco teórico

2.1. Definiciones

2.1.1. Adolescencia.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), define la adolescencia como el período comprendido entre los 10 y 19 años. La cual la subdivide en varias fases: la adolescencia temprana o puberal de los 10 a 14 años, la adolescencia media entre los 14 y 16 años y la adolescencia tardía a partir de los 16 años. Cada una de ellas posee características propias que implican cambios fisiológicos, anatómicos así como modificación en el perfil psicológico y en la personalidad (Pérez, 2012).

La adolescencia es un período de transición entre la dependencia de la niñez y la independencia de la edad adulta. En ella, ocurren diferentes cambios biológicos, sociales y psicológicos en los cuales se genera una sensación de perplejidad, dudas, miedos y ansiedad que la mayoría de los y las adolescentes superan con éxito. Estos cambios provocan la necesidad de alcanzar una integridad psicológica, coherente con el entorno social en el cual los individuos se desarrollan. Es una etapa donde los y las adolescentes se esfuerzan por entenderse a sí mismos, exploran su propia identidad e intentan saber quiénes son, cómo son y hacia dónde se dirige su vida (Salazar, 2008).

Adolescencia media de 14 y 16 años en este período es más marcado el distanciamiento afectivo de los padres. La persona adolescente explora diferentes imágenes para expresarse y para que la reconozcan en la sociedad, así como diversos roles de adultos. Se fascina por la capacidad de pensar diferente y por la abstracción de nuevos conceptos. Es mayor la tendencia a vincularse en actividades colectivas que suplan su necesidad de encontrar identidad y reconocimiento social y cultural (Estéven, Jiménez & Musito).

Se le llama adolescencia tardía al período de crecimiento físico, mental y emocional; rápido e intenso que se da entre los 16 a los 19 años de edad. Con esta etapa se marca el fin de la pubertad y se abre la puerta hacia la madurez. Las personas adolescentes suelen ser independientes y capaces de integrar su imagen corporal con su identidad o personalidad. Esto les permite establecer y consolidar relaciones que se basen en el cuidado y el respeto por la autonomía y por la intimidad de las otras personas (Estéven, Jiménez & Musito).

La adolescencia es una de las fases de la vida más fascinantes y quizás más complejas, una época en que la gente joven asume nuevas responsabilidades y experimenta una nueva sensación de independencia. Los jóvenes buscan su identidad, aprenden a poner en práctica valores aprendidos en su primera infancia y a desarrollar habilidades que les permitirán convertirse en adultos atentos y responsables (Unicef, 2002).

México cuenta con un total de 12.8 millones de adolescentes entre 12 y 17 años de edad en 2009, de los cuales 6.3 % son mujeres y 6.5 % son hombres. El 55.2% de los adolescentes mexicanos son pobres, uno de cada 5 adolescentes tiene ingresos familiares y personales tan bajos que no le alcanza siquiera para la alimentación mínima requerida. En 2008 casi 3 millones de adolescentes entre 12 y 17 años no asistían a la escuela. Del total de niños y jóvenes que no asistían a la escuela, correspondían a este grupo de edad 48.6% de hombres y 44.1% de mujeres (Fondo Internacional de Emergencia de las Naciones Unidas para la Infancia).

Muchos adolescentes son un poco cohibidos dado a que los cambios físicos y emocionales son muy drásticos, también suelen ser muy sensibles sobre sí mismos. Quizás se preocupen por algunas cualidades personales o "defectos" que para ellos son algo muy importante, pero que para otros son inconsecuentes (Esnaola, 2005).

La responsable de los cambios que tiene tu cuerpo en la adolescencia es una glándula que se encuentra en el cerebro, llamada hipófisis. La hipófisis produce y libera unas sustancias denominadas hormonas, que circulan por la sangre y llegan a distintas partes del cuerpo. Estas hormonas actúan sobre los testículos de los varones o los ovarios de las mujeres, para estimular la producción de las hormonas sexuales masculinas y femeninas (Surani, 2012).

En los varones, la influencia de las hormonas sexuales provoca cambios en su cuerpo y en sus genitales, así como la producción de los espermatozoides (células sexuales masculinas) en los testículos (Salazar, 2008).

Los estrógenos y progesterona provocan en las mujeres cambios en el cuerpo, la maduración y liberación de los óvulos (células sexuales femeninas), y la menstruación. Estos cambios aparecen y se acentúan durante los primeros años de la adolescencia, en las mujeres generalmente entre los 10 y los 12 años, y en los varones entre los 12 y los 14 años. Esto no quiere decir que en las edades posteriores el cuerpo no siga viviendo modificaciones, sino que es en estos períodos cuando los cambios son más evidentes e intensos (Salazar, 2008).

Además, como se mencionaba anteriormente, los procesos de la adolescencia no se viven de manera igual por todas las personas, así que es normal y posible que algunos(as) adolescentes experimenten estos cambios a temprana o tardíamente que el resto de sus amigos y amigas (Pedreira & Álvarez, 2000).

2.1.2. Cambios en la adolescencia.

Físicos

- Crecimiento acelerado.
- Aumento de peso.
- Cambio de voz, entre otros.

Desarrollo sexual

- Cambios en el cuerpo.
- Sensaciones que no conocen.
- Interés por conocer su cuerpo y el del sexo opuesto.

Psicoemocional

- Ocurre una crisis de identidad.
- Búsqueda para definir su identidad y personalidad.
- Están centrados en sí mismos.
- Piensan que todo el mundo los está mirando y hablando de ellos.
- Cambios continuos de estados de ánimo; se vuelven irritables, tensos, ansiosos y sensibles.
- Su comportamiento es difícil de entender.

Sociales

- Los padres dejan de ser los personajes principales en sus vidas
- Buscan la aprobación de sus pares.
- Se esfuerzan por ser atractivos para los demás.
- Los amigos se convierten en las personas más importantes

Intelectuales

- Comienzan a pensar de forma más abstracta y reflexiva.
- Decae el rendimiento académico, pues hay reducción en el interés por el aprendizaje y aumento por las actividades sociales.

Otras características

- Son impulsivos.
- Temen "hacer el ridículo", por lo que evitan sobresalir frente a los demás, (principalmente frente a los adultos).
- Son desordenados.
- Les gustan las experiencias excitantes y peligrosas.

- Les gusta llamar la atención frente a sus amigos (Prieto, 2010).

Principales cambios en el hombre

- ✚ Aumento de estatura
- ✚ Se ensancha la espalda y hombros
- ✚ Disminuye la grasa en el cuerpo
- ✚ Desarrollo de las glándulas sebáceas
- ✚ Desarrollo de las glándulas sudoríparas
- ✚ Voz más ronca
- ✚ Crecen los pechos
- ✚ Crece vello en axilas, cara (bigote y barba), pecho, piernas, brazos y pubis.
- ✚ La piel de los pezones y genitales se te vuelve más oscura
- ✚ Crecimiento de los testículos, próstata y pene
- ✚ Polución nocturna (Primera eyaculación)

Principales cambios en mujeres

- ✚ Aumento de estatura
- ✚ Ensanchamiento de caderas
- ✚ Se acumula grasa en tus caderas y muslos
- ✚ Resaltan las curvas y la forma de la cintura
- ✚ Desarrollo de las glándulas sebáceas
- ✚ Desarrollo de las glándulas sudoríparas
- ✚ Voz más fina
- ✚ Crecen los senos
- ✚ Crece vello en las axilas y en el pubis
- ✚ La piel de los pezones y genitales se te vuelve más oscura
- ✚ Crecen los labios mayores y menores, clítoris, vagina y útero
- ✚ Menarquía (primera menstruación)

La familia proporciona la influencia más temprana para la educación de los hijos, es determinante en las respuestas conductuales entre ellos y la sociedad, organizando sus formas de relacionarse de manera recíproca, reiterativa y dinámica que son las interacciones más importantes de la familia. La familia se percibe como entidad positiva que beneficia a sus miembros; de lo contrario si el ambiente es negativo, existe menos control sobre ellos mismos (Mendizábal & Anzures, 1999).

Cuando los hijos llegan a la adolescencia los problemas familiares pueden centrarse en la diferencia de roles y en asuntos relacionados con la separación. Para los padres puede ser difícil desligarse de los hijos y establecer un equilibrio en el sistema conyugal. Las dificultades en la relación padre-hijos, pueden ocurrir principalmente alrededor de tres áreas: la autoridad, la sexualidad y los valores (Mendizábal & Anzures, 1999).

Su grupo de referencia es un punto vital, lo que más les importa es lo que tiene que ver con su grupo. Para muchos adultos es preocupante la poca conciencia social de los jóvenes, para los que lo más importante es saber que van hacer el siguiente fin de semana y el resto del mundo apenas les inquieta. A esta edad los padres ya no pueden competir con los amigos, y les preocupa que la pandilla con la que salen sus hijos sea la adecuada porque la influencia sobre ellos va a ser fortísima. Los adolescentes salen y se reúnen con sus amigos como principal actividad del tiempo libre, con ellos aprenden a desenvolverse socialmente y surgen los primeros enamoramientos (Moreira, Sánchez & Mirón, 2010).

Hay un enorme grupo de chicos sin brújula y ahí surgen los casos de los más descontrolados. Hay un importante nivel de violencia entre los menores, propiciado por qué no se les han puesto límites, no han recibido una educación en responsabilidad y no soportan la contradicción. La novedad con respecto a la

violencia es que ésta se ha introducido en el ámbito escolar, traspasando la frontera de la calle (Escallón, 2015).

El consumo de drogas es el tema que más preocupa a los padres, los jóvenes son los que tienen el acceso más fácil a todo tipo de drogas. El consumo de alcohol y de hachís se ha disparado, como datos significativos el consumo de alcohol ha aumentado en los últimos dos años, y la mujer está igualando su consumo al del hombre, además en la mayoría de los casos el primer contacto con alcohol se ha desarrollado dentro del núcleo familiar (Escallón, 2015).

Hay un debate sobre la eficacia de medidas represivas de como reprimir el botellón, pero lo cierto es que muchos opinan que esto no servirá de nada porque esta práctica no tiene tanto que ver con el consumo de alcohol como con la necesidad que sienten los jóvenes de estar juntos y de comunicarse entre ellos. Los adolescentes de hoy están dispuestos a experimentarlo todo, y cómo les cuesta distinguir la frontera entre lo real y lo irreal, todos los estimulantes son bien recibidos (Escallón, 2015).

La mayoría dispone de teléfono móvil, consola, ordenador personal, TV, y equipo de música en su propio cuarto. Hablan mucho por teléfono, y ni que decir tiene de la habilidad con la que utilizan el pulgar para mandar mensajes desde su móvil. En esta franja de edad se comienza a usar Internet con regularidad (Carrión, 2014).

También la tele y los videojuegos se encuentran entre sus actividades de ocio favoritas, ven todo tipo de programas pero sobre todo les gustan las series y los de música. También se atiborran de publicidad, y les bombardean con mensajes donde todo se consigue sin esfuerzo, aunque no sean conscientes de ello la carga publicitaria acaba dejándoles huella. Porque el problema no es que cada vez más recurran a la tecnología sino que hacen uso de ella sin medida ni criterio. Esto propicia el individualismo, la incultura, la dependencia y la adicción (Carrión, 2014).

El aspecto personal adquiere una importancia desmesurada. Se comparan con el tipo perfecto de la publicidad y aunque no reconozcan que les afecta son muy vulnerables. No es extraño que se sientan frustrados, que no les guste su cuerpo y que se depriman (Carrión, 2014).

Esta es una etapa en la que intentan adoptar un estilo propio y hasta un lenguaje diferente. A veces el tipo de ropa que eligen, el empeño en lucir el piercing, tatuajes, y abusar de los tintes de pelo son motivo de conflicto familiar (Carrión, 2014).

La fiebre por el consumismo es algo que preocupa también a sus progenitores, los adolescentes de hoy tienen de todo, disfrutan de ventajas desconocidas para generaciones anteriores, pero quieren más. También manejan bastante dinero: la paga de los padres, de los familiares, unido a la capacidad de persuasión que tienen para conseguir lo que quieren, a base de dar lata consiguen caprichos extras (Carrión, 2014).

Se tiene la sensación de que la adolescencia es algo pasajero, un vuelo entre la infancia y la madurez, repleto de turbulencias pero los padres siempre tienen la esperanza de que los hijos aterricen en una pista segura, sin embargo dada la naturaleza de la actual generación algunos ven el futuro de éstos con cierta preocupación (Moreira, Sánchez & Mirón 2010).

Lo cierto es que a la vuelta de la esquina les aguarda una realidad dura, con trabajos precarios, viviendas por las nubes, hay que tener en cuenta que los jóvenes son los que más tardan en independizarse. El futuro les parece algo remoto, probablemente porque la adolescencia cada vez se está alargando más. Los adolescentes son como los adultos, que trabajan lo menos posible para consumir lo más posible. Lo que debemos hacer es enfrentarnos al espejo de nuestro estilo de vida, en él nos vamos a encontrar con nuestros adolescentes y a

lo mejor tenemos que pararnos a pensar que estamos priorizando en nuestra sociedad (Sepúlveda, Botella & León, 2011).

Empiezan los trastornos de comportamiento alimentario

Atentos ante comportamientos como:

1. Eliminar de su dieta alimentos que “engordan” como el pan, el arroz, etc.
2. Pesarse varias veces al día.
3. Excederse en la rutina de ejercicio.
4. Depresivo y distantes.
5. Uso de laxantes sin indicaciones médicas.
6. Uso de mentiras para alejarse de la familia y amigos.
7. Intolerancia, impulsividad e intranquilidad.
8. Comer desbocadamente.
9. Comer a escondidas.

Cualquier adolescente que experimente estos comportamientos necesita ayuda profesional.

Prevención, la aliada de siempre

Desde ya refuerza la autoestima de tus adolescentes y de tu familia.

1. Identifica sus puntos fuerte, sus cosas positivas y promueve actividades que las refuercen.
2. Realiza actividades donde te sientas a gusto y motivado.
3. En familia, actívense! realiza entre 20 min, a 1 hora de ejercicio.
4. No maltrates a tu cuerpo, ¡respétalo! Fumar u otras sustancias dañinas lo dañan, una dieta balanceada y buenos hábitos higiénicos permiten cuidar y respetar el cuerpo.

5. Se lo que sientes y piensas. Tus aptitudes, habilidades y creencias forman parte de ti tanto como el envoltorio que las contiene.
6. ¡No dejes que tu lado negativo te domine! ¡Todos tenemos uno! (Montero, Jiménez, 2008).

2.1.3 Cambios biológicos

Los adolescentes son un grupo emergente, ya que tendrán interacciones sociales importantes mediadas por sus cambios, que experimentarán en los años de pubertad, por medio de un rápido crecimiento debido a mecanismos hormonales que le van a permitir ese paso de la niñez a la adultez, y de la misma manera de una etapa no reproductiva a una reproductiva. Los cambios hormonales hacen posible el aumento de peso, talla, masa muscular y ósea, e incluyen la adquisición de los caracteres sexuales externos o secundarios propios de cada sexo, el tiempo en el que suceden varía entre individuos y etnias. Estos cambios en la composición del cuerpo comprende la distribución de la grasa, fenómeno que se extiende durante la etapa de la pubertad y el marcado dimorfismo sexual. La regulación hormonal del crecimiento y las alteraciones del cuerpo dependen de la liberación de gonadotropinas, leptina, esteroides sexuales y hormonas del crecimiento (Mafla, 2008).

Es probable que las interacciones entre estas hormonas sean más importantes que sus principales efectos, y que las modificaciones en el cuerpo y la distribución regional de la grasa, realmente sean signos que alteran los ejes de las hormonas periféricas y neuroendocrinas, procesos magnificados en la pubertad, pero que probablemente sean el eje de toda la vida, desde el crecimiento fetal hasta el envejecimiento (Mafla, 2008).

En este período otros órganos cambian, como el corazón, los pulmones, el hígado y los riñones, también experimentan el máximo crecimiento en la pubertad, lo mismo que los músculos, cuyo crecimiento es influido por la testosterona que

participa también en los huesos y la pérdida simultánea de grasa en las caderas. Los músculos tienen mayor desarrollo en el hombre; sin embargo, en las mujeres es la grasa corporal, porque existe un mayor porcentaje de agua; en ellas, incluye entre los 12 y 18 años de 61% a 54%, mientras en el hombre pasa de 61% a 65%. También se ha establecido que esta grasa aumenta hasta en 120% y guarda relación con su funcionamiento hormonal, por eso cuando en una anorexia nerviosa se pierde grasa por debajo de 17% se asocia con desaparición de los períodos menstruales (Mafla, 2008).

Los primeros cambios que se producen en el sexo femenino son la aparición de las mamas, estimándose entre 5 y 9 años el tiempo total para su desarrollo, seguido en el mismo año por el vello púbico y algo más tarde por el vello axilar. La aparición del vello en el pubis es muy variable, puede estar al principio o mostrarse más adelante coincidiendo con el pleno crecimiento de las mamas. En general la primera menstruación o menarquia, se produce 2 años después de iniciarse el desarrollo mamario. En los hombres, la primera manifestación es el aumento de tamaño de los testículos y escroto, así como el vello púbico, posteriormente el pene inicia el alargamiento. El vello axilar suele desarrollarse al año y medio o dos años más tarde y posteriormente cambia el tono de voz (Mafla, 2008).

En las mujeres existen hormonas relacionadas con estos cambios como la hormona folículo estimulante (FSH), que estimula el desarrollo ovárico; la hormona luteinizante (LH), que interviene en el desarrollo de células del ovario, el estradiol, que estimula el desarrollo de las mamas; la testosterona que acelera el aumento de la talla y promueve la producción de grasa en las glándulas sebáceas, y los andrógenos suprarrenales, que estimulan el vello pubiano y la talla, influyen en el acné, en la sudoración y olor corporal. En los hombres, la FSH estimula la producción de espermatozoides; la LH las células de los testículos; el estradiol acelera el crecimiento de los huesos; la testosterona, promueve el incremento de la talla; también interviene en todo el aparato genital, modifica el tono de voz, y

aumenta el deseo sexual; además favorece la producción de grasa en las glándulas sebáceas, e influye sobre las glándulas del sudor como los andrógenos suprarrenales, quienes igualmente estimulan el vello pubiano y la talla (Mafla, 2008).

2.2. Imagen corporal

En la pubertad/adolescencia, existe una excesiva preocupación por el aspecto físico y una sobrevaloración del cuerpo que afectan a ambos sexos. La distorsión por infra o sobre-estimación corporal y la insatisfacción con la propia imagen pueden dar lugar a problemas emocionales vinculados con la alimentación (Surani, 2012).

La persona se niega a mantener su peso corporal dentro de los parámetros considerados normales para su edad y altura, pues tiene distorsionada su figura corporal. Las personas se ven gruesas, a pesar de que su peso se encuentra muy por debajo de los límites saludables y, por ello, tienden a perturbarse constantemente haciendo una dieta (Maganto, 2011).

El rango de edad más crítico se corresponde con el período de entre los 13 y los 19 años, aunque ha ido ampliándose el intervalo de inicio (Maganto, 2011).

La imagen corporal, se refiere a la representación mental que creamos del tamaño, la figura y las partes de nuestro cuerpo, así como, a la percepción que los demás tienen de él. Esta representación no necesariamente coincide con la apariencia física real y puede existir insatisfacción con la imagen corporal, especialmente en las mujeres; no obstante, esta ha aumentado en los hombres. Ellas se sienten más conformes con su cuerpo si están delgadas las partes de mayor preocupación, como; el abdomen, las glúteos, los muslos y las caderas (Rodríguez, 2008).

La imagen corporal ha tomado gran relevancia dentro de la sociedad en las últimas décadas. Se define como autoimagen a “un constructo complejo que incluye tanto la percepción que tenemos de todo el cuerpo y de cada una de sus partes, como del movimiento y límites de este, la experiencia subjetiva de actitudes, pensamientos, sentimientos y valoraciones (Montero, 2008).

La imagen corporal se va construyendo en la adolescencia y no solo es cognitiva, sino además, está impregnada de valoraciones subjetivas y determinadas socialmente; se produce en forma paralela al desarrollo evolutivo y cultural de las personas (Montero, 2008).

Los modelos culturales estéticos son más inflexibles en el caso de las mujeres que en los hombres, pues, en las primeras, la valoración del atractivo físico es el indicador más importante de su auto concepto, tienden a experimentar las modas y la estética predominante en la cultura que valora la delgadez como atractivo físico; además, fomenta el cultivo del cuerpo como una forma de éxito y de aceptación social. La imagen del cuerpo es la figura de nuestro propio cuerpo que formamos en nuestra mente, es decir; la forma en la cual nuestro cuerpo se nos representa a nosotros mismos (Sepúlveda, Botella & León, 2011).

La imagen corporal está integrada por componentes perceptivos, cognitivo-afectivos y conductuales (Sepúlveda, Botella, & León, 2011).

Una revisión de la literatura empírica nos muestra las dos maneras principales con las que se ha tratado de evaluar los diferentes componentes, creando para ello una variedad de técnicas. Estas dos maneras son: (Sepúlveda, Botella & León, 2011).

(a) La precisión en la estimación del tamaño corporal del sujeto, está basada en juicios puramente perceptivos. Existen dos formas principales de evaluarla, según el objeto de estimación. Por un lado, en algunas técnicas se mide la anchura de determinadas partes del cuerpo, como la cara, las caderas o la cintura.

(b) La actitud y sentimiento del individuo hacia su propio cuerpo, que refleja variables actitudinales, afectivas y cognitivas. Este enfoque se ha desarrollado a través de cuestionarios diseñados para medir la actitud ante el peso y la forma del cuerpo, así como la actitud ante la comida, los atracones o las dietas; proporcionan un Índice de Insatisfacción Corporal (Vaccari, 2008).

La alteración de la imagen corporal, ha sido recogida como uno de los criterios de la anorexia nerviosa en los trastornos de la conducta de alimentación. Dado a su importante papel en el inicio y mantenimiento de la enfermedad, su recuperación es crucial en la intervención (Vaccari, 2008).

La percepción, la evaluación, la valoración, la vivencia del propio cuerpo está relacionada con la imagen de uno mismo como un todo, con la personalidad y el bienestar psicológico (Gómez, 2009).

La imagen corporal va construyéndose evolutivamente. Así en diferentes etapas de la vida vamos interiorizando la vivencia de nuestro cuerpo, que en el caso de las mujeres sufre variaciones importantes debidas a los embarazos. Los bebés hacia los 4-5 meses empiezan a distinguir entre ellos, los objetos externos y sus cuidadores, hacia los 12 meses comienzan a andar y explorar el entorno. Los niños entre el año y los 3 años experimentan la relación entre el cuerpo y el ambiente, con el desarrollo de habilidades motoras y el control de esfínteres. A partir de los 4-5 años, los niños comienzan a utilizar el cuerpo para describirse a sí mismos y vivenciarlo en sus fantasías, se integran así los sentidos de la vista, el tacto, el sistema motor y sensorial. En la adolescencia se vive el cuerpo como fuente de identidad, de auto-concepto y autoestima. Es la etapa de la introspección y el auto-escrutinio, de la comparación social y de la autoconciencia de la propia imagen física y del desenvolvimiento social, que podrá dar lugar a la mayor o menor insatisfacción con el cuerpo (Montero & Jiménez, 2008).

La imagen corporal es “la imagen que forma nuestra mente de nuestro propio cuerpo, es decir, el modo en que nuestro cuerpo se nos manifiesta” Por tanto, la imagen corporal no está necesariamente correlacionada con la apariencia física real siendo claves las actitudes y valoraciones que el individuo hace de su propio cuerpo. Aquellos sujetos que, al evaluar sus dimensiones corporales, manifiestan juicios valorativos que no coinciden con las dimensiones reales presentan una alteración de la imagen corporal. La imagen corporal está formada por diferentes componentes: el componente perceptual (percepción del cuerpo en su totalidad o bien de alguna de sus partes), el componente cognitivo (valoraciones respecto al cuerpo o una parte de éste), el componente afectivo (sentimientos o actitudes respecto al cuerpo o a una parte de éste y sentimientos hacia el cuerpo) y el componente conductual (acciones o comportamientos que se dan a partir de la percepción). La preocupación anómala por la imagen corporal no es exclusiva de nuestros días. Cada periodo de la historia cuenta con sus propios estándares de belleza y cada cultura desarrolla diferentes conceptos sobre la propia imagen, forma y decoración del cuerpo. Como consecuencia de esto, la imagen corporal está influida por diferentes aspectos socioculturales, biológicos y ambientales. En la actualidad existen unos estándares de belleza basados en modelos pro delgadez, suponiendo la internalización de estos ideales como un factor de riesgo para el desarrollo de alteraciones de la imagen corporal. La insatisfacción corporal ocurre si un individuo interioriza el cuerpo ideal, el determinado culturalmente, y por comparación social, concluye que su cuerpo discrepa de ese ideal (Vaquero, Alacid, Mayor & López, 2013).

Desde el punto de vista neurológico, la imagen corporal constituye una representación mental diagramático de la conciencia corporal de cada persona. Las alteraciones de la imagen corporal serían el resultado de una perturbación en el funcionamiento cortical. Estas son importantes para comprender la integridad o deterioro del funcionamiento psíquico, más no explican la vivencia o experiencia de la imagen corporal completa, por ello es necesaria una concepción más dinámica que nos define la imagen corporal en términos de sentimientos y

actitudes hacia el propio cuerpo. Algunos autores advierten de la necesidad de distinguir entre representación interna del cuerpo y sentimientos y actitudes hacia él. La representación corporal puede ser más o menos verídica, pero puede estar saturada de sentimientos positivos o negativos de indudable influencia en el auto concepto. Vemos pues, que la percepción del propio cuerpo podrá presentar unas características diferenciadas a las de la percepción de otros objetos que no tendrán el mismo valor para el observador. Podemos decir, que la imagen corporal es un concepto que se refiere a la manera en que uno se percibe, imagina, siente y actúa respecto a su propio cuerpo, en el cual se contempla: aspectos perceptivos, aspectos subjetivos y aspectos conductuales, de la misma forma que nos concibe el constructor de imagen corporal constituido por tres componentes: Un componente perceptual, un componente subjetivo (cognitivo-afectivo) y un componente conductual (López, Burgos & Moskowich, 2008).

La imagen corporal incluye dos componentes uno perceptivo que hace referencia a la estima del tamaño y apariencia y otro actitudinal que recoge los sentimientos y actitudes hacia su propio cuerpo. El trastorno de la imagen corporal incluye aspectos perceptivos, afectivos y cognitivos y se define como una preocupación exagerada por algún defecto imaginario o sobreestimado de la apariencia física. Lo cual conlleva a devaluar la apariencia, a preocuparse en exceso por la opinión de los demás y pensar que no se vale, ni se puede ser querido debido a la apariencia física; por ello las personas con trastornos de la imagen corporal ocultan su cuerpo, lo someten a dietas y ejercicios y evitan las relaciones sociales (Espina, Asunción, Ochoa, Yenes & Alemán, 2001).

El constructor de imagen corporal no es un concepto unitario. La revisión sobre la corporalidad confirma la miscelánea complejidad de este constructo. En síntesis podría decirse que la imagen corporal integra aspectos cognitivos y aspectos afectivo-emocionales añade a este constructo el aspecto comportamental. Los aspectos cognitivos atienden a la apariencia corporal o física, evaluando las dimensiones y medidas físicas, como altura, peso, Índice de Masa Corporal

(IMC), relación de proporción entre las partes del cuerpo, el conjunto del mismo como una unidad, etc., en términos de adecuación o distorsión a la realidad física y corporal. Esta dimensión comprende aspectos perceptivo-cognitivos. La percepción de la imagen corporal está sobredimensionada en las anoréxicas, aunque se desconoce qué ocurre en la población no clínica o en poblaciones de riesgo. El segundo aspecto, el afectivo-emocional, íntimamente ligado al primero, aporta la connotación de satisfacción o insatisfacción con dicha representación mental, es decir contiene los factores emocionales ligados al cuerpo. Es difícil, si no imposible, saber si se distorsiona la imagen corporal porque se está insatisfecho con el cuerpo, o porque existe una insatisfacción con la imagen corporal se distorsiona la misma. En cualquier caso, ambos aspectos parecen estar implicados y ser los responsables de una parte importante de la explicación del trastorno de alimentación (Cruz & Maganto, 2002).

La imagen corporal se refiere a la representación mental realizada del tamaño, figura y de la forma de nuestro cuerpo (en general y de sus partes); es decir, cómo lo vemos y cómo creemos que los demás lo ven. Además de la percepción, la imagen corporal implica cómo sentimos el cuerpo (insatisfacción, preocupación, satisfacción, etc.) y cómo actuamos con respecto a esta exhibición, evitación (Castrillón, Luna, Avendaño & Pérez, 2007).

La imagen corporal se va construyendo en la adolescencia no solo es cognitiva, sino además, está impregnada de valoraciones subjetivas y determinadas socialmente; se produce en forma paralela al desarrollo evolutivo y cultural de las personas (Castro, 2013).

La imagen corporal tiene múltiples factores intervinientes que pueden generar mayor impacto dependiendo de las vulnerabilidades de las personas. Un modelo con variables internas y externas en permanente relación. Las emociones, la cognición y el comportamiento tienen una relación con la cultura y los procesos de

adaptación al ambiente, pero no se puede soslayar la importancia del tinte negativo en la percepción del propio cuerpo con eje transversal de esta relación.

El esquema corporal negativo tiene un papel preponderante en el desarrollo y mantenimiento de los trastornos de la imagen corporal, ya que este esquema contiene la información y procesa información concordante con las experiencias relacionadas con la belleza. La imagen corporal que cada persona tiene de sí es subjetiva y no siempre es fiel al reflejo de la realidad social del sujeto (Castrillón, Luna, Avendaño & Pérez, 2007).

Cuenta con ciertas características:

1. Es asumida como un concepto multifacético.
2. Se interrelaciona por los llamados sentimientos de autoconciencia.
3. Está determinada social y culturalmente.
4. Es un constructo siempre en movimiento (varía durante la vida en función de las experiencias personales e influencias sociales y culturales).
5. Influye en los procesos de información.
6. La imagen corporal es una representación mental amplia de la figura corporal, su forma y tamaño, la cual está influenciada por factores históricos, culturales, sociales, individuales y biológicos que varían con el tiempo (Castrillón, Luna, Avendaño, & Pérez, 2007).

2.2.1 Adolescencia e imagen corporal

La imagen corporal se refiere a la representación mental realizada del tamaño, figura y de la forma de nuestro cuerpo (en general y de sus partes); es decir, cómo lo vemos y cómo creemos que los demás lo ven. Además de la percepción, la imagen corporal implica el cómo sentimos el cuerpo en insatisfacción, preocupación y satisfacción (Perales, Sogi & Morales, 2001).

El cambio físico en la adolescencia se experimenta cuando el niño(a) va perdiendo su cuerpo infantil y aparece la necesidad psicológico de reestructurar la imagen corporal. Los incipientes de los adolescentes empiezan a tener autoconciencia de los cambios, una preocupación por el cuerpo, la necesidad de integrar una imagen individual del aspecto físico y la “ofuscación” por el grado de aceptación, que su figura despierta en el grupo de pares. La preocupación se agudiza especialmente durante la pubertad (inicio de la etapa de la adolescencia), cuando los y las adolescentes están más descontentos con su cuerpo (Santrock, 2004).

La imagen corporal que se va construyendo en la adolescencia no solo es cognitiva, sino; además, está impregnada de valoraciones subjetivas y determinantes sociales; se produce en forma paralela al desarrollo evolutivo y cultural de la persona. Para los y las adolescentes, es muy importante cómo son percibidos por sus compañeros(as); algunos harían cualquier cosa para formar parte del grupo y no ser excluidos, situación la cual les genera estrés, frustración y tristeza. La aceptación del grupo de pares, al igual que el aspecto físico, son dos elementos especialmente importantes en la adolescencia que se correlacionan con la autoestima (Salazar, 2007).

La adolescencia es conocida como la etapa más vulnerable en relación con los problemas de imagen corporal, ya que es un momento en el ciclo vital caracterizado por cambios fisiológicos, emocionales, cognitivos y, sobre todo, sociales, que provocan una mayor preocupación por la apariencia física. Algunos autores destacan que esta preocupación se torna diferente según el sexo, es

decir, mientras los chicos se preocupan por tener una imagen corporal donde predomine la musculación, las chicas poseen unos ideales de belleza asociados a la delgadez y, en la mayoría de los casos, por debajo incluso de una talla saludable (Ramos, Rivera & Moreno, 2010).

El cambio físico en la adolescencia se experimenta cuando el niño(a) va perdiendo su cuerpo infantil y aparece la necesidad psicológico de reestructurar la imagen corporal. Los adolescentes empiezan a tener autoconciencia de los cambios, una preocupación por el cuerpo, la necesidad de integrar una imagen individual del aspecto físico y la “ofuscación” por el grado de aceptación que su figura despierta en el grupo de pares. La preocupación se agudiza especialmente durante la pubertad (inicio de la etapa de la adolescencia), cuando los y las adolescentes están más descontentos con su cuerpo (Salazar, 2008).

Para integrar su autoimagen, los adolescentes exploran detalladamente los cambios corporales experimentados y analizan las posibilidades que les ofrecen en su entorno para mejorar su apariencia, tales como: prendas de vestir, maquillaje, peinados, gestos, manera de hablar, expresiones faciales y posturas. Estas posibilidades, por lo general, son las que están de moda y las tienden a seguir para no sentirse excluidos y ser aceptados en el grupo de interés. Los patrones estéticos corporales han sido valorados de manera distinta en ciertas épocas de la historia. Actualmente, en el mundo occidental está de moda un modelo estético corporal caracterizado por un cuerpo delgado, denominado “tubular” (andrógino) (Salazar, 2008).

La existencia de este ideal de belleza, establecido y compartido socialmente, supone una presión significativa para la población en general y, especialmente, para la adolescente quien se encuentra en la etapa de integración de la imagen corporal. De tal manera, si se es delgado o delgada hay razones para valorarse positivamente; sin embargo, aquellos y aquellas quienes se apartan del modelo delgado sufren y suelen padecer baja autoestima. Cuando se asume la delgadez

como valor altamente positivo, como modelo corporal por imitar, como criterio de evaluación estética del propio cuerpo, el ser delgado significa, triunfo, éxito y control sobre sí mismo. Por lo contrario, el no ser delgado, el engordar, implica sentimientos asociados con el fracaso, aunque se hayan hecho intentos de alcanzar la figura deseada. Es así como muchos jóvenes, principalmente mujeres, al forjar su propia identidad y su imagen corporal para alcanzar el equilibrio emocional, toman no solo sus experiencias y sus rendimientos personales, sino también la aprobación y desaprobación de los demás, principalmente del grupo coetáneo. Entonces, la aceptación de su propio cuerpo va a estar condicionada por los criterios predominantes en el grupo de pares, quienes están, a su vez, determinados por los modelos sociales de moda. Los y las adolescentes se encuentran en un medio donde toda la sociedad, la prensa, los amigos, los padres, la televisión, etc. empujan hacia el adelgazamiento (Salazar, 2008).

2.3. Modelos culturales

2.3.1 Alteraciones de la imagen corporal

Las alteraciones de la imagen corporal pueden concretarse en dos aspectos: alteración cognitiva y afectiva: insatisfacción con el cuerpo, sentimientos negativos que nuestro cuerpo suscita, alteraciones perceptivas que conducen a la distorsión de la imagen corporal, inexactitud con que el que se estima el cuerpo, su tamaño y su forma (Fernández, Otero, Castro & Prieto, 2003).

No está clara la relación entre estas variables, algunos autores señalan que las personas insatisfechas con su cuerpo tienen distorsiones perceptivas, y otros autores señalan que no. La correlación entre medidas de evaluación perceptiva y subjetiva no siempre es alta. Es difícil saber si se distorsiona la imagen corporal porque se está insatisfecho con el cuerpo, o porque existe una insatisfacción con la imagen corporal que distorsiona la misma. En general cuando la preocupación por el cuerpo y la insatisfacción con el mismo no se adecúan a la realidad, ocupan la mente con intensidad y frecuencia, y generan malestar interfiriendo

negativamente en la vida cotidiana hablamos de trastornos de la imagen corporal (Bully, Elosua & López, 2012).

En los casos donde existen alteraciones de la imagen corporal, los síntomas se presentan en cuatro niveles de respuesta que se ponen de relieve especialmente cuando el paciente se enfrenta a situaciones en las que puede ser observado (Levin, 2008).

Nivel psicofisiológico: respuestas de activación del Sistema Nervioso Autónomo, sudor, temblor, dificultades de respiración (Levin, 2008).

Nivel cognitivo: preocupación intensa, creencias irracionales, distorsiones perceptivas sobreestimación y subestimación, auto verbalizaciones negativas sobre el cuerpo. Las preocupaciones pueden ser patológicas, obsesivas, sobrevaloradas e incluso delirantes (Levin, 2008).

Nivel emocional: insatisfacción, asco, tristeza, vergüenza, etc. A nivel cognitivo, ha identificado los principales esquemas cognitivos relacionados con la imagen corporal y que se presentan en las personas con insatisfacción de la imagen corporal (Levin, 2008).

- La gente atractiva lo tiene todo.
- La gente se da cuenta de lo erróneo de mi apariencia en primer lugar.
- La apariencia física es signo de cómo soy interiormente.
- Si pudiera cambiarme como deseo, mi vida sería mucho mejor.
- Si la gente supiera como soy realmente a ellos no les gustaría.
- Si controlo mi apariencia, podré controlar mi vida social y emocional.
- Mi apariencia es responsable de muchas cosas que ocurren en mi vida.
- Debería saber siempre cómo parecer atractivo.
- El único modo en el que me podría gustar mi apariencia es modificándola.

Las tendencias culturales actuales señalan que los ideales de belleza femenina han variado y cambiado en relación con los estándares estéticos de un periodo particular de tiempo, y un gran porcentaje de mujeres ha intentado alterarse para conseguir estos ideales (Rivola & Penna, 2006).

Aunque los modelos sociales actuales promocionan la delgadez, la evidencia adicional sugiere que las mujeres están presionadas para lograr metas de apariencia que a veces son contradictorias con la delgadez. Esto se debe quizás al gran bombardeo que se lleva a cabo a través de los medios masivos de comunicación, los cuales promueven imágenes estereotipadas en donde tener un cuerpo delgado da un cierto estatus a las personas, sobre todo a las mujeres, quienes son rechazadas por su medio social si no cumplen con estas exigencias, empezando con el núcleo familiar y extrapolándose a sus amistades, pareja y, en general, al medio social que las rodea (Rivola & Penna, 2006).

2.3.2 insatisfacción de la imagen corporal.

La imagen que uno tiene de sí mismo es una visión desde dentro de su apariencia física. Esta visión o percepción de la imagen corporal le puede ser satisfactoria o por lo contrario producir malestar, es lo que se llama insatisfacción corporal. Este malestar por su evaluación estética subjetiva constituye probablemente el principal factor que precede a las decisiones de adelgazar y que puede degenerar en el inicio de la mayor parte de Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA). “En el contexto de los TCA, la insatisfacción corporal es consecuencia de la discrepancia existente entre cuerpo percibido y cuerpo ideal” (Pérez, Burgos & Moskowich, 2008).

El modelo de cuerpo ideal es el que ha ido interiorizando gracias a los referentes socioculturales occidentales, donde el modelo corporal es delgado, esto influye para el adolescente en su modelo de cuerpo. En la adolescencia el cuerpo cambia, se redondea, va adquiriendo más masa muscular en los chicos y grasa

sobre todo en las chicas preparándose así para la maternidad. Tenemos pues, la construcción de un cuerpo que se aleja de las referencias señaladas socioculturalmente (Pérez, Burgos & Moskowich, 2008).

Cuanto más alejado esté su cuerpo del modelo corporal ideal que haya interiorizado, más probable es que exista en su interior desasosiego, preocupación, malestar; comenzando el camino hacia la insatisfacción de la imagen corporal (Pérez, Burgos & Moskowich, 2008).

La alteración de la imagen corporal ha sido considerada entre los criterios diagnósticos de los trastornos de la conducta alimentaria en el DSM-IV-TR y en la CIE-10. Diversos autores destacan que la imagen corporal juega un papel importante como factor predisponente, perpetuante y pronóstico de estos desórdenes y su persistencia, que constituye un riesgo de recaída. Un meta análisis, concluyó que las anoréxicas y bulímicas poseen mayor insatisfacción corporal y distorsión perceptiva en el cuerpo/talla que las mujeres sin patologías alimentarias. Otro meta análisis, confirma que la insatisfacción es superior en los desórdenes alimentarios frente a los controles, especialmente en la bulimia nerviosa y destaca que la insatisfacción con el cuerpo es más específica de estos cuadros que la alteración de la percepción de la silueta corporal. Otro estudio señala que en las anoréxicas restrictivas existe una alteración de la autoimagen, que no se debe a distorsiones perceptivas, sino a la existencia de una imagen muy fantaseada, basada en experiencias imaginarias y a la baja autoestima (Behar, Vargas & Cabrera, 2010).

La preocupación por el peso en la población femenina no siempre debe valorarse como un trastorno de la imagen corporal, puesto que en la cultura occidental se favorece a que la mujer se sienta incómoda con su talla, lo cual provoca el desarrollo de una imagen corporal desacreditada en un porcentaje muy elevado de mujeres, algunas de las cuales desarrollarán un trastorno de la imagen corporal y eventualmente un desorden alimentario. Una investigación determinó que las

mujeres sin patología alimentaria que sobreestiman su peso actual sobre 5% del peso real, presentan un alto riesgo de desarrollar anorexia nerviosa y síntomas restrictivos (Behar, Vargas & Cabrera, 2010).

La insatisfacción con la imagen corporal, las dietas y las ideas sobrevaloradas de un cuerpo delgado son factores prevalentes en la mayoría de las adolescentes y jóvenes actuales. Sumada a la presión social publicitaria que presentan modelos que fomentan la delgadez como símbolo de éxito en la vida, está la preocupación que existe entre la población general en especial en las mujeres adolescentes y jóvenes por el hecho de sentirse atractiva para el otro. Al respecto, señala que, si bien en esta etapa de cambios corporales y de insatisfacción hacia el cuerpo aumenta el riesgo de padecer anorexia nerviosa, hay que buscar la causa de la misma en factores socioculturales. Al examinar las influencias de los modelos sociales, expectativas y experiencias en la etiología y mantenimiento de la distorsión de la imagen corporal, la mayoría de los investigadores parece estar de acuerdo en que las influencias más fuertes en el desarrollo y distorsión de la misma se da en las sociedades occidentales como factores socioculturales (Rivola & Penna, 2006).

Las alteraciones de la imagen corporal son uno de los criterios diagnósticos para un TCA: “alteración en la forma en la cual el peso y/o la forma del cuerpo son experimentados, lo cual influye en el peso y la forma del cuerpo en la auto evaluación, o negación de la seriedad del riesgo asociado al bajo peso corporal”. En la literatura médica se habla indistintamente de los temas insatisfacción (no estar satisfecho con el cuerpo que se tiene) y distorsión (donde la representación del cuerpo no coincide con el cuerpo que se está representando) y, muy a menudo, el término utilizado es trastorno o disfunción. La insatisfacción parece ser, hoy en día, un fenómeno tan común que difícilmente puede ser considerado patológico; entre tanto, la distorsión, que sí parece ser un síntoma nuclear de las patologías del comportamiento alimentario, ha sido ampliamente estudiada, pero

los hallazgos disponibles acerca de su relación con la evolución de los TCA es inconsistente (Gempeler, 2007).

La insatisfacción corporal, es un rasgo común dentro de una sociedad que como la muestra glorifica la belleza, entendida a esta como delgadez. El malestar que el propio cuerpo o la apariencia física suscita en un sujeto favorable, la toma de decisión y la puesta en práctica de una dieta restrictiva motivada por el fuerte deseo de adelgazar, para de este modo, alcanzar el modelo corporal esbelto culturalmente establecido (Merino, Pombo, & Gadas, 2001).

Aunque la imagen corporal y su alteración en los trastornos de alimentación han dado lugar a un gran número de investigaciones, los resultados han sido muy consistentes, por lo que todavía no existe un censo sobre su naturaleza. Se entiende como la alteración de la imagen corporal la presencia de juicios valorativos sobre el cuerpo que no coinciden con las características reales. Aunque siempre es superable un cierto margen de error en las apreciaciones sobre su propio cuerpo, la presencia de sesgos semánticos en los pacientes con desordenes de la alimentación ha llevado a generalizar el concepto de alteración de la imagen corporal (Sepúlveda, Botella & León, 2001).

Para la evaluación de la Imagen Corporal y de la Insatisfacción corporal se han propuesto diversos métodos. Por una parte los que intentan una valoración de las alteraciones perceptuales, como sobre-estimación de las dimensiones de ciertas partes del cuerpo y por otra, una gran cantidad de escalas de auto información o entrevistas estandarizadas (Baile, Raich & Garrido, 2003)

2.4. Autoestima

2.4.1 Autoestima en el adolescente.

El auto concepto se define como un sistema de creencias que el individuo considera verdaderas respecto a sí mismo, las cuales son el resultado de un proceso de análisis, valoración e integración de la información derivada de la propia experiencia y la retroalimentación de los otros significativos. La autoestima, estado (o experiencia momentánea de autoestima) va a fluctuar en torno a dicho nivel típico de autoestima en respuesta a los éxitos y fracasos que experimenta el individuo en las circunstancias vitales relevantes, es decir, en aquellas que son contingentes a su autoestima. La autoestima, éste va a producir también efectos en los estilos cognitivos y conductuales de afrontamiento. En concreto, una autoestima alta en adolescentes, se asocia con una percepción menos negativa del estrés cotidiano. Los jóvenes con una autoestima elevada informan también que disfrutan de más experiencias positivas y son a su vez más eficaces en el afrontamiento de experiencias negativas, generando respuestas más adaptativas tras el fracaso. Así, interpretan las experiencias negativas de un modo más funcional, minimizando la importancia de la habilidad implicada en una tarea tras el fracaso en ella. También se perciben menos responsables ante la retroalimentación negativa que los jóvenes con baja autoestima. Cuando los jóvenes con menor autoestima experimentan fracaso en áreas que son relevantes para su autoestima, llevan a cabo un afrontamiento menos eficaz. Así, tienden a sobre generalizar los fracasos y dirigen sus conductas a evitar las emociones negativas que éstos les producen. Como se indica el individuo que desde edades tempranas aprende respuestas de evitación para afrontar experiencias que le producen emociones negativas, puede llegar incluso a tener dificultades para afrontar eficazmente estas situaciones, lo que hace probable que los fracasos se repitan, retroalimentando así una baja autoestima. Esto puede contribuir, a su vez, a que sus conductas se dirijan, incluyendo las socialmente conflictivas, a satisfacer

su autoestima aun a expensas de otras metas que podrían resultarle más satisfactorias (Rodríguez & Caño, 2012).

La adolescencia temprana se ha considerado, en particular, un periodo especialmente relevante para la formación de la autoestima, en la cual los individuos se muestran vulnerables a experimentar una disminución en la misma. Esta etapa se caracteriza por la experiencia de acontecimientos novedosos y a veces estresantes que suponen un desafío para la visión que los adolescentes tienen de sí mismos y su estabilidad emocional. Así, los jóvenes de estas edades manifiestan, con frecuencia, no sólo una disminución sino también fuertes fluctuaciones en sus niveles de autoestima, las cuáles tienden a disminuir conforme avanza la adolescencia y se alcanza la edad adulta (Rodríguez & Caño, 2012).

La autoestima es la disposición a considerarse competente frente a los desafíos básicos de la vida y sentirse merecedor de la felicidad. Tener una alta autoestima es sentirse confiadamente apto para la vida, es decir, competente y merecedor; tener una baja autoestima es sentirse inapropiado para la vida, es la confianza en nuestra capacidad de aprender, de tomar decisiones y hacer elecciones adecuadas, y de afrontar el cambio (Branden, s/n).

La autoestima tiene dos componentes relacionados entre sí:

- 1.- La sensación de confianza frente a los desafíos de la vida: la eficacia personal.
- 2.- La sensación de considerarse merecedor de la felicidad: el respeto a uno mismo.

La eficacia personal: significa confianza en el funcionamiento de mi mente, en mi capacidad para pensar y entender, para aprender a elegir y tomar

decisiones, confianza en mi capacidad para entender los hechos de la realidad que entran en el ámbito de mis intereses y necesidades; en creer y confiar en mí mismo (Branden, s/n).

El respeto a uno mismo: significa reafirmarme en mi valía personal; es una actitud positiva hacia el derecho de vivir y de ser feliz; el sentirme a gusto con mis pensamientos, mis deseos, mis necesidades; el sentimiento de que la alegría y la satisfacción son derechos innatos naturales (Branden, s/n).

La falsa autoestima: algunas veces vemos a personas que disfrutan de un éxito mundano, son ampliamente estimadas, o tienen una experiencia pública de seguridad y no obstante están profundamente insatisfechas, ansiosas o deprimidas (Branden, s/n).

La autoestima es uno de los pilares fundamentales sobre el que se construye la personalidad desde la infancia, y uno de los más potentes predictores del grado de ajuste psicológico durante la adolescencia y la adultez. Sin embargo, la autoestima no es un rasgo estático ni estable en el tiempo, sino más bien un índice dinámico y sujeto a cambios, que se ve influido por las experiencias a las que las personas nos vemos expuestas. Teniendo en cuenta que la adolescencia es un periodo en el que chicas y chicos deberán hacer frente a importantes cambios y resolver distintas tareas evolutivas, es de esperar que su nivel de autoestima experimente cambios y fluctuaciones (Ageda, 2004).

Los estudios que han analizado la sobre la evolución de la autoestima durante la adolescencia no han aportado datos concluyentes. Algunas investigaciones coinciden en encontrar un decremento en la autoestima durante la adolescencia inicial, que tiende a recuperarse a lo largo de la adolescencia media y tardía. La importancia que cobra el aspecto físico a la hora de entender la autoestima en los primeros años de la adolescencia, puede contribuir a explicar las diferencias de género que muchos trabajos han puesto de manifiesto, y que apuntan a que las

adolescentes tienen niveles de autoestima más bajos que sus compañeros (Ageda, 2004).

Los estudios que analizan los factores que influyen en la autoestima durante la adolescencia coinciden en destacar la importancia de las relaciones que se establecen dentro del seno familiar. Así la literatura ha señalado con bastante rotundidad que los adolescentes que se sienten apoyados y protegidos por sus congénitos, son los que obtienen puntuaciones más altas en autoestima. Sin embargo, cuando se analiza el apoyo por parte de madre y padre por separado los resultados no son tan claros. Algunos trabajos encuentran que es especialmente importante el apoyo percibido por parte del padre, a que la percepción adolescente del apoyo y la protección proporcionados por el padre correlaciona más con su autoestima que el apoyo proporcionado por la madre. Por el contrario otras investigaciones señalan que mientras el apoyo del padre es más importante para la autoestima femenina, el apoyo de la madre lo es para la masculina (Ageda, 2004).

La autoestima forma parte del proceso de desarrollo del individuo, por lo que su concepción ha dependido de los contextos con los que ha interactuado la persona a lo largo de su vida, y en el momento del ciclo vital en el que se encuentre. En la adolescencia, por ejemplo, predominan los contextos familiar, escolar y de los compañeros. No sorprende, entonces, que una buena parte de la investigación sobre autoestima adolescente encuentre reiteradamente que se asocia en forma positiva con el rendimiento exitoso en el contexto escolar y negativamente con la disfunción personal, como la depresión (Caso, Hernández & Gonzales, 2010).

A pesar de tratarse de un constructor de amplia utilización y del dominio del vulgo, ha sido limitado el número de modelos que reconozcan su implicación en los planos de funcionamiento cognitivo, emocional y conductual de cada persona, a la vez que permitan construir un puente de investigación que arroje alguna luz sobre

su carácter evolutivo, multidimensional, e interactivo (Caso, Hernández & Gonzales, 2010).

La autoestima desempeña así un papel importante en la valoración inicial que hace el adolescente, en forma de cogniciones de sí mismo ante las demandas situacionales. A esas cogniciones las acompañan emociones concomitantes que definen su desempeño. Como constructo que explica el funcionamiento adaptativo, la autoestima ha merecido atención por parte de teóricos e investigadores (Caso, Hernández & Gonzales, 2010).

Autoestima global dos dimensiones básicas: la apariencia física y la competencia escolar. De acuerdo con otras posturas, se integraría también en dos dimensiones, académica y una no académica, pero reconocen la existencia de componentes emocionales, sociales y físicos (personales) de la autoestima no académica. Es relativamente reciente la asociación entre autoestima y afrontamiento, aunque no es nueva la propuesta de atribuir el desarrollo de la autoestima a la influencia del ambiente, a la historia de éxito del niño, y a la forma en que interpreta los éxitos y los fracasos (Coopersmith, 1967).

La autoestima global que se integra, a partir de dos dimensiones básicas: la apariencia física y la competencia escolar, se integraría también en dos dimensiones, académicas y una no académicas, pero reconocen la existencia de componentes emocionales, sociales y físicos (personales) de la autoestima no académica (Harter, 1983).

2.4.2 Teoría eclíptica

Una postura ecléctica surge bajo las influencias de múltiples aportes filosóficos, psicológicos y pedagógicos que son a su vez el reflejo vivo de una sociedad en constante evolución y transformación.

La teoría ecléctica integra conceptos y variables del conductismo y del cognitivismo, además de la posición evolutiva de Piaget y Vygotsky reconociendo la importancia del aprendizaje social.

Esta teoría involucra la "actitud", "interés" o "valor" en el proceso de aprendizaje, de manera que las informaciones del ambiente entran y luego pasa al registro sensorial (estructura hipotética); de aquí la información se va a la memoria de corto alcance, en donde se lleva a cabo una codificación conceptual. Posteriormente, pasa a la memoria de largo alcance, puede ayudar un ensayo o repetición interna. Si la información se relaciona con alguna preexistente, puede ser codificada y llevada inmediatamente a la memoria de largo alcance. También puede suceder que exista una fuertísima motivación externa que permita el paso inmediato a la memoria de largo alcance.

Características

Algunas características de la teoría ecléctica son:

- ✓ El alumno retiene en su memoria las imágenes y códigos verbales, producto de la transformación de la conducta del modelo observado, además de otros estímulos externos.
- ✓ La conducta original se reproduce, guiada siempre por la combinación que se realiza entre las imágenes y los códigos retenidos en la memoria y algunos indicios ambientales.
- ✓ Para una reproducción o imitación correcta es necesario que el estudiante:

Considere la conducta del modelo, y realice una codificación adecuada de las imágenes, las retenga en la memoria y sea poseedor de la capacidad motora indispensable para realizar las acciones, las que, además, requerirán de algún estímulo o refuerzo que afecte a la realización, pero no al aprendizaje en sí.

Un alumno puede cambiar patrones de comportamiento a través de la simple observación, la cual es factible convertir, incluso, en un condicionamiento de las respuestas emocionales del educando, en virtud de las reacciones afectivas cuyas fuentes son los modelos productores de experiencias agradables o desagradables.

Por ejemplo los niños aprenden a no tener miedo, simplemente observando cómo el adulto interactúa con las cosas o situaciones que producen temor en el niño.

2.5. Medios de comunicación

Los medios de comunicación constituyen una rica fuente de recursos simbólicos con los que los adolescentes interactúan en la elaboración de la propia identidad. Éstos se sirven de un conjunto de textos mediáticos que atraen por igual a los adolescentes y que utilizan a modo de caja de herramientas para negociar la identidad juvenil. Se trata de productos de terror, suspenso y contenidos televisivos como las series (Pindado, 2005).

Los medios de comunicación son instrumentos utilizados en la sociedad contemporánea para informar y comunicar mensajes en versión textual, sonora, visual o audiovisual. Algunas veces son utilizados para comunicar de forma masiva, para muchos millones de personas, como es el caso de la televisión o los diarios impresos o digitales, y otras, para transmitir información a pequeños grupos sociales, como es el caso de los periódicos locales o institucionales. Todos los días, los individuos y las comunidades acceden a material informativo que

describe, explica y analiza datos y acontecimientos políticos, sociales, económicos y culturales, tanto a nivel local como en el contexto global (Santander, 2013).

Para comienzos del siglo XXI, y en casi todas sociedades que habitan el mundo, los periódicos, estaciones radiales y páginas web son ejemplos de la compleja naturaleza de los medios de comunicación. En nuestras sociedades, estos canales son esenciales para el establecimiento y desarrollo de todo proceso de interacción humana. Los medios de comunicación son la materialización física de la necesidad de relacionarse entre sí que tienen todos los humanos. Mediante ellos se describen situaciones y problemas propios de nuestra realidad y, en la mayor parte de las oportunidades, se plantean análisis que contribuyen a su discusión. Los medios de comunicación permiten establecer procesos de intercambio de conocimientos y debates de carácter social (Santander, 2013).

Los medios de comunicación tienen gran influencia en las orientaciones hacia el consumismo y en los comportamientos de la población juvenil, por lo que sus mensajes pueden ser potenciadores o perjudiciales para la salud (Román & Quintana, 2010).

Los medios de comunicación constantemente están bombardeando a los individuos con lo importante que es la imagen corporal en la sociedad y están presentando diferentes medios para modificar el aspecto físico a través de productos para reducir de peso, resaltar atributos físicos, maquillajes, productos para la piel, cabello, entre otros. Ante estos hechos las personas se vuelven más vulnerables al estar en constante comparación y caen incluso en el estrés y preocupación para lograr el tan deseado ideal de belleza (Raich, 2001).

Consideran que el estándar de belleza es transmitido a los individuos por diferentes fuentes como la familia, el grupo de pares y los medios de comunicación masiva. Asimismo, citan diversidad de investigaciones donde

concluyen que las mujeres quienes leen más revistas y ven más televisión reportan mayor insatisfacción con su cuerpo (Salazar, 2007).

En la actualidad se poseen datos suficientes como para poder afirmar que los adolescentes median con la televisión por razones tan diversas como: entretenimiento, aprendizaje para la vida, o identificación con sus propias inquietudes e intereses. Es decir, pueden identificarse con los contenidos televisivos y, a la vez, éstos les repercuten positiva y negativamente como cualquier otro contexto de crecimiento. Los medios, en general, contribuyen de manera recíproca y multidireccional en el desarrollo de la identidad de los adolescentes y éstos aprenden distintos valores a través de dichos medios (Medrano, Aierbe & Martínez, 2011).

Las tecnologías de la información y de la comunicación están transformando nuestras maneras de vivir y nuestros modos de relacionarnos. Condicionan tanto la vida de los individuos como la sucesión de los fenómenos sociales. En la última década, se han convertido en fuente de estrategias simbólicas para los sectores más jóvenes de la sociedad (Pallares, 2014).

Muchos adolescentes identifican el mundo real con lo que observan en la televisión e internet, de ahí que la reiterada exposición de violencia, la explotación del sexo y el placer o los modelos estereotipados que se presentan provocan en los adolescentes una grave distorsión de valores desembocando en comportamientos violentos y de riesgo como las relaciones sexuales precoces; dando como resultado un incremento de embarazos no deseados y enfermedades de transmisión sexual entre los adolescentes. Por ello, el problema viene cuando los adolescentes no saben o no pueden distinguir entre aquello que les aporta algún bien o que le es dañino. Aunque la influencia que la televisión e internet causa en nuestros hijos es peligrosamente excesiva, es papel de los padres acompañar a sus hijos en este proceso ayudándolos a establecer principios y valores sanos (Kaplún, 1998).

Los medios de comunicación: radio, prensa y televisión, son sobre todo transmisores de la información. Y no podemos negar que, nunca como hoy, hemos recibido con mayor velocidad lo que pasa en todo el mundo. También con Internet se ha ampliado esta información. Todos juntos son portadores de cultura y también ayudan al entretenimiento. Quizá convendría reflexionar si actualmente estos medios orientan de una manera clara, verdadera y objetiva y ayudan al perfeccionamiento de la persona o, por el contrario, los mensajes que nos llegan, no construye, sino que transmiten una idea degradada del hombre y de su dignidad. Pensemos en la TV, ya que estadísticamente está demostrado que nuestros hijos pasan o, quisieran pasar, muchas horas viéndola (Esteinou, 1995).

Es innegable que en las últimas décadas el número de mensajes relacionados con la imagen corporal en los medios de comunicación ha aumentado considerablemente. Ejemplos de esta propagación de los ideales de belleza se pueden encontrar sin ninguna dificultad en la televisión, cine, radio, revistas o Internet. Esta mediatización del cuerpo muestra a la población lo que los estereotipos imperantes dictan reforzando los cánones por los que se puede catalogar un cuerpo como deseable o no. Una de las consecuencias más importantes, y también más peligrosas, del efecto de los medios de comunicación a la imagen corporal que la persona posee (Guerra- Prado & Barjau Romero, 2002), televisión, revistas y otros y otros medios se esfuerzan por presentar personajes, delgados y musculosos, para restaurar atractivos a su audiencia fomentando el ideal de belleza y la necesidad de luchar contra el mismo cuerpo y controlar lo máximo posible para conseguir o mantener esta figura (fundación ima 2006).

Los medios de comunicación son unos agentes muy poderosos a la hora de transmitir gran parte de los valores y las ideas tanto de la sociedad como de nuestra cultura. Por este motivo no es de extrañar que los personajes que tiene más protagonismo en televisión, revistas o radio acaben convirtiéndose en

ejemplos para el resto de personas que forman su público. De esta forma los estilos que estos personajes adoptan, así como su imagen corporal, puede convertirse en una moda para el resto de la población convirtiéndose referentes estéticos en el resto de la sociedad (fundación ima 2006).

Los medios de comunicación ejercen una intensa presión social al transmitir el mensaje, fundamentalmente dirigido a las mujeres, de que un cuerpo delgado proporciona felicidad, ya que éste, por lo general, no sólo se asocia con belleza y atractivo sexual, lo que facilita ser amada, sino que también implica tener más poder y autocontrol, concretamente, un pleno control sobre el cuerpo que informa de una subjetividad perfecta y poderosa; la imagen corporal no está sólo ligada a la belleza física, sino a características de personalidad altamente valoradas socialmente (Etxaniz, 2005).

Uno de los medios de comunicación que más influye en el público joven son las revistas dirigidas a ese grupo de edad. Existe una tendencia a creer que éstas intervienen en gran medida en la insatisfacción corporal y autoestima en las mujeres, sobre todo jóvenes, puesto que las modelos que aparecen habitualmente en dichos medios suelen tener una apariencia física difícil de conseguir para la mayor parte de las adolescentes, además de relacionar aspectos negativos con el sobrepeso, y el éxito con la delgadez, creando unas expectativas casi imposibles de conseguir (Ayensa & Ramos, 1994).

2.5.1 Factores de riesgo

La televisión es un medio ideal para comunicarse con una masa de personas, a veces impensable, por lo que propicia ser un campo ideal para la publicidad de cualquier producto o idea. La publicidad se puede definir como el arte de buscar los procedimientos más adecuados para promover y divulgar una serie de ideas, pensamientos o productos dentro de una cultura o sociedad. Para ello, los llamados creativos de la publicidad se plantean una serie de preguntas

relacionadas con el mundo de la imagen, el sonido o música y los colores más idóneos para algún producto o hecho que se quiera vender o divulgar a través de la televisión (Degrado, 2005).

La publicidad es una sub política de marketing que supone un proceso de comunicación entre la empresa y su mercado de forma que, utilizando distintos medios, se hace llegar al público considerado mensajes sobre productos, servicios o ideas con el objeto de influir en su compra o aceptación, desde el punto de vista de la comunicación social, la publicidad se puede considerar como una comunicación persuasiva cuya finalidad es transmitir información y/o incidir sobre las actitudes para conseguir de los destinatarios de la misma un comportamiento favorable a los intereses del anunciante. Para ello se usan los medios audiovisuales, entre ellos la televisión con el objetivo de difundir productos y/o servicios de empresas para que éstos procedan a su compra (Martin, 1993).

En el mensaje publicitario hay que tener en cuenta una serie de elementos que van a ser indispensables para su éxito comunicativo. Se ofrece la siguiente lista de los elementos del mensaje que influye en su éxito comunicativo: (León, 1996).

- Color,
- Tamaño del anuncio,
- Volumen publicitario,
- Producto anunciado,
- Emotividad,
- El humor,
- Contenidos didácticos,
- Música, etc.

El impacto visual repercute en la emotividad e irracionalidad del individuo. Por las especiales características del signo icónico, la imagen se dirige más a la

afectividad de los receptores que a la razón, invoca un pensamiento mágico antes que un pensamiento lógico (Font, 1981).

La imagen limita la percepción porque es un filtro, una selección, una construcción artificial. Por eso, las imágenes de televisión se convierten en mediadoras de símbolos sociales. El icono es una imagen sagrada. El rito es la puesta en escena del mito e implica una forma de actuar, con un comportamiento colectivo (Gadamer, 1997).

Por otro lado está la música, la música sirve para comunicar cosas que no se pueden transmitir mejor de otra manera, como sensaciones, estados de ánimo o estilos de vida. En tanto que se expresan cosas que no se expresan de otra manera en el anuncio, la elección de la música es fundamental y debe ser tan meditada como cualquier otra elección para el anuncio (Bassat, 1993).

La representación de los roles en la publicidad ha sido un tópico recurrente de la investigación, sobre todo si se trata de la publicidad que es transmitida a través de la televisión (Kaufman, 1999).

El género se considera una de las variables sociales de mayor relevancia, puesto que se construye mediante las interacciones sociales y a la vez las regula, dividiendo el mundo social en dos categorías básicas: hombres y mujeres (Rodríguez & Toro, 2002).

Más que una característica es una variable que determina en gran medida el orden social del sistema y las interacciones del mundo, cuando este se une a las características sexuales, se habla de estereotipos de género, entendidos como un conjunto estructurado de creencias acerca de lo que deben ser los hombres y las mujeres, más allá de las explicaciones biológicas (Lemus, Moya, Bukowski & Lupiáñez, 2008).

El proceso de creación de estereotipos se caracteriza por ser sistemático y por responder a principios que se pueden generalizar a diferentes situaciones sociales, dando origen al Modelo de Contenido de los Estereotipos, el cual propone que existen dos dimensiones generales para clasificar a los grupos: competencia (capacidad de alcanzar metas) y sociabilidad (simpatía interpersonal), (Fiske, Cuddy, Glick & Xu, 2002).

Es común ver en la publicidad a las mujeres en papeles familiares o de dependencia y a los hombres independientes (Furnham & Imadzu, 2002).

Lo que se refleja además en los escenarios en los que se desenvuelven, siendo públicos cuando los hombres son los protagonistas del comercial y privados cuando lo es la mujer, además es común ver mujeres como objeto decorativo, exaltando su sociabilidad más que su competencia (Ganahl, Prinsen & Netzley, 2003).

La publicidad representa los valores y normas de una cultura, y puede estar relacionada con la construcción de identidad y la definición de estilos de vida, además, participa en la conformación y consolidación de estereotipos de género que pueden limitar el accionar de hombres y mujeres a ciertos escenarios, que no siempre reflejan los cambios sociales, donde por ejemplo la mujer ocupa posiciones de liderazgo y alta competencia y los hombres son sociables y cálidos, ejerciendo además roles familiares (Belch, 2001).

2.6 Factores protectores

Los medios de comunicación, y especialmente la televisión, desde su dimensión de constructores y difusores de la realidad social, de valores, estereotipos e imágenes de los diferentes grupos sociales, juegan un rol educativo o socializador fundamental (Liceras, 2005).

Los medios ofrecen una educación permanente y omnipresente en sus diferentes emisiones. Los medios sugieren, proponen y transcriben modelos, valores e ideales susceptibles de imponerse con tanta mayor fuerza y persuasión cuanto se presentan en un contexto dramático o emotivo que contribuye a inhibir el juicio crítico (Rocher, 1989).

El papel fundamental que juegan los medios de comunicación en los procesos de construcción y difusión de las imágenes, identidades y relaciones de género. Es más, si concluimos que el logro de una sociedad más igualitaria para hombres y mujeres se basa, en gran medida, en las transformaciones culturales, no podemos dejar de analizar las imágenes que, en este sentido, ofrecen los medios de comunicación: la persistencia de estereotipos, la presencia equilibrada o desequilibrada de ambos sexos, los roles y características asignadas, etc., se convierten en temas claves de investigación. Especialmente si tenemos en cuenta, como muestran distintos estudios, que el número de horas anuales que los niños de edad escolar pasan enfrente de la pantalla es mayor que el que invierten en los centros escolares (Bermejo & Cabero, 1998).

El cine es un medio de comunicación de masas privilegiado que refleja y difunde un acercamiento a la realidad y, por tanto, también una aproximación, una manera de entender a los hombres y las mujeres actuales. Con ello contribuye de manera importante al proceso de socialización del género, a la vez que refleja la situación de ambigüedad en que se encuentran hoy día muchas mujeres que, ante el rápido avance social, ven acrecentada la posibilidad de ejercer roles que van mucho más allá de los tradicionalmente ejercidos por sus antecesoras de anteriores generaciones. El cine contribuye a la formación, mantenimiento o eliminación de estereotipos, según apoyen o no las creencias aceptadas socialmente. Además, genera modelos que influyen en la creación de la identidad social. Modelos que pueden ser interpretados como un espejo donde se refleja la cultura de un país, y la matriz en la que aquélla se forma y se transforma (Pérez, 1991).

2.8 Trastornos de la conducta alimentaria

Probablemente uno de los mayores retos para el estudio y análisis experimental de la conducta alimentaria ha sido el diseño de métodos confiables para registrar cada uno de sus parámetros. Durante el último siglo, se lograron grandes avances al delimitar los criterios de medida del acto alimentario y al desarrollo de sistemas automatizados (Hackett, 2008).

Es posible afirmar que los métodos actuales permiten caracterizar la conducta alimentaria desde múltiples perspectivas tales como la Fisiológica, Psicológica y Social. Esta revisión intenta presentar un análisis histórico de las aportaciones metodológicas encaminadas a evaluar la conducta alimentaria en el último siglo, atendiendo de manera prioritaria a los criterios del análisis y registro (Melgar, 2005).

La regulación alimentaria, en especial la de consumo de alimento, es uno de los problemas más intensamente estudiados por la psicología y la biología. A partir de esta evidencia, nos proponemos describir las diferentes teorías que han intentado explicar el fenómeno alimentario y describir sus mecanismos de control. Por un lado se van preponderando los procesos internos de los organismos, asumiendo que los organismos comen por un déficit interno. No obstante, otras explicaciones intentan demostrar que el ambiente, la disponibilidad y los hábitos alimentarios juegan un importante papel en el momento de decidir a qué hora y por qué se come (Frank, 2004).

El ser humano, como todo organismo vivo, se comporta como un sistema complejo e integrado, que presenta la capacidad de generar y mantener sus propias estructuras y permitir un equilibrio interno constante. Puede, además, relacionarse con el medio que le rodea y lograr metas específicas, a través de la auto programación, autorregulación y la adaptación (Bercovich, 2004)

El ser humano, como todo organismo vivo, se comporta como un sistema complejo e integrado, que presenta la capacidad de generar y mantener sus propias estructuras y permitir un equilibrio interno constante. Puede además, relacionarse con el medio que lo rodea y lograr metas específicas, a través de la auto-programación, auto-regulación y la adaptación. Se puede definir conducta como cualquier proceso o actividad humana o animal, que puede observarse o medirse objetivamente y con neutralidad (sin influencias de juicios de valores, preferencias personales o prejuicios y con el acuerdo de distintos observadores), que tienen como objetivo el cubrir una determinada situación carencial en las personas (Troncoso & Amaya 2009).

Entre las conductas adquiridas por los seres humanos, las alimentarias pueden ser definidas como un comportamiento habitual relacionado con hábitos alimentarios, selección de alimentos, preparaciones y volúmenes consumidos de estos alimentos, los que influyen directamente en el estado nutricional de los individuos pertenecientes a diversos grupos etarios (Branch, 1998).

Es un fenómeno de naturaleza compleja y de origen multifactorial, que por definición es influenciado por diversos factores entre los cuales se distinguen la sociedad, cultura, religión, situación económica, disponibilidad de alimentos entre otros, la regulación de la alimentación es la resultante de una serie de procesos que incluyen señales hormonales, metabólicas y neuronales, los que son integrados en el hipotálamo, órgano encargado de generar respuestas de cesación o de búsqueda de alimentos (Bulik, 2001).

Los hábitos alimentarios se adquieren desde la infancia y estas pautas alimentarias pueden ser el origen de patologías crónicas relacionadas con la malnutrición por exceso en edades posteriores (Cash, 1997).

La Organización Panamericana de la Salud en su Estrategia Regional y Plan de Acción para un Enfoque Integrado Sobre la Prevención y Control de las

Enfermedades Crónicas del año 2007, reconoce factores ambientales, económicos, sociales y sus consiguientes procesos conductuales y biológicos que actúan en los diversos ciclos de la vida, que inciden sobre el riesgo de presentar algún tipo de patología crónica (Cohane, 2001).

2.8.1 Anorexia.

Desde la Edad Media se encuentran relatos que hablan de una enfermedad caracterizada por una pérdida de peso, a partir de una dieta de hambre auto impuesta. En relatos religiosos del siglo XIV se habla de una Santa europea que ayunó y le rezó a Dios pidiéndole que le arrebatara su belleza para ahuyentar la atención de los hombres. Su cuerpo y su cara, además de la delgadez, se cubrieron de vello (Feingold, 1998).

La anorexia nos obliga a escuchar, a encontrar el sentido del síntoma, a interrogarnos y a buscar respuestas más allá de la alimentación, o no querer comer nada. Es necesario descifrar el origen de esa angustia, que paradójicamente protege del dolor con dolor (Hausenblas, 2001).

La negativa a alimentarse que sostiene con fuerza la joven, dice más de lo que ella misma supone; por eso, es importante incitarla a hablar, garantizarle una escucha, permitirle que ponga en palabras lo que aparece dicho en el cuerpo. En la anorexia aparece escrito en el cuerpo aquello que no puede decirse, ya sea porque es muy doloroso, peligroso o porque le es desconocido (Alessi, 2006).

Para que el síntoma anoréxico sea tratable, es necesario que interroge a quien lo padece, es necesario que moleste, que estorbe, que ya no satisfaga, que sea insuficiente, es necesario pasar de la afirmación: “todos dicen que estás mal”, a la pregunta: “¿Y tú cómo te sientes?” y, probablemente, la joven nos hablará de su mal-estar, que no pasa por la cantidad de comida que ingiere, nos hablará de su insatisfacción, de su temor a no aprobar el año o no obtener excelentes

calificaciones; de lo incómoda que se siente en presencia de sus pares; de lo sola que está; lo cansada que la tiene su madre y lo furiosa que está con su padre. Porque el síntoma es una metáfora, metáfora que para nosotros y para quien lo padece es un enigma, porque desconocemos en qué consiste la sustitución, desconocemos las significaciones que fueron traspasadas y esta significación solo va a ser transparente a partir de las asociaciones (Bighetti, 2004).

El síntoma anoréxico generalmente se manifiesta al iniciar la adolescencia. ¿Por qué en la adolescencia?, ¿Cuál es la particularidad de este momento en el crecimiento humano?, La adolescencia es un momento de resignificación, es un momento privilegiado en tanto con mayor claridad el pasado se presentifica y el presente es casi futuro. Es un momento donde abundan progresiones y regresiones con absoluta claridad (Oliveira, 2006).

El desarrollo del ser humano no es un crecimiento lineal, es un proceso en espiral, para la teoría psicoanalítica la infancia no desaparece nunca, así como nunca se accede a una madurez sexual adulta, contrapuesta a la sexualidad infantil, las organizaciones sexuales infantiles están contenidas en la adulta, sus elementos persisten, aunque revalorizados o resignificados en una nueva estructura (Paccola, 2006).

La anorexia es un síntoma en relación con la imagen del cuerpo, que tiene sus raíces mucho antes de la etapa atípica, entre los tres y los seis años, en el momento de lo que ella denomina “la castración primaria”, es decir, cuando son conscientes de la diferencia sexual anatómica e inician el reconocimiento de su pertenencia sexual y al orgullo, narcisísticamente gratificante, de hacerse mujeres como su madre (Bobenrieth, 2002).

La adolescente quiere gustar, pero sobre todo a ella misma en el espejo, a ella misma en su propia mirada, borrando todas las redondeces femeninas de su cuerpo. El deseo por su padre se disfraza de afecto complicado y conflictivo o de

una manifiesta huida de su vista y conversación con él. Su problema tiene raíces en un conflicto de amor y de deseo (Carter, 1997).

Por consiguiente, la anorexia encuentra allí un cuerpo repleto. Su imagen corporal es una imagen de un cuerpo repleto. Esta no coincide con su cuerpo en lo real, con su esquema corporal. Esto se explica, o se entiende, si analizamos que en un principio el esquema corporal es el mismo para todos los individuos de la especie humana; la imagen es, por el contrario, propia de cada uno, está ligada al sujeto y a su historia. El esquema corporal es en parte inconsciente, pero también preconscious y consciente, mientras que la imagen del cuerpo es eminentemente inconsciente (Dolto, 1984).

El esquema corporal, que es abstracción de una vivencia del cuerpo en las tres dimensiones de la realidad, se estructura mediante el aprendizaje y la experiencia; mientras que la imagen del cuerpo se estructura a través de la comunicación entre sujetos y la huella memorizada del gozar frustrado, coartado, o prohibido. Por esto, ha de ser referida exclusivamente a lo imaginario, a una intersubjetividad imaginaria, marcada de entrada en el ser humano por la dimensión simbólica (Dolto, 1984).

La anorexia de lo que se trata es de una distorsión de la imagen del cuerpo. Porque la imagen del cuerpo es única y particular de cada individuo y es, como mencionamos, producto de las diferentes experiencias relacionales. La imagen del cuerpo que cada uno de nosotros tiene es esa: su imagen, y no podría ser de otra manera más que la que es. Es posible, no obstante, que la imagen del cuerpo no coincida con la estructura corporal, con lo real del cuerpo, con el cuerpo desde lo biológico y lo fisiológico, como es el caso de las jóvenes que presentan el síntoma anoréxico. Lo que explica que, allí donde los demás ven un cuerpo de extrema delgadez, ellas pueden insistir en su gordura (Grosser, 2010).

2.8.2 Bulimia.

Las características esenciales de la bulimia nerviosa consisten en atracones y en métodos compensatorios inapropiados (vómito provocado, el abuso de fármacos laxantes, diuréticos u otros medicamentos, el ayuno o el ejercicio excesivo) para evitar la ganancia de peso (utilizados en promedio dos veces a la semana durante un período de tres meses); además, la autoevaluación de los individuos con bulimia nerviosa se encuentra excesivamente influida por la silueta y el peso corporales. A pesar de que el tipo de comida que se consume en los atracones puede ser variada, generalmente se trata de dulces y alimentos de alto contenido calórico (como helados o pasteles). Sin embargo, los atracones se caracterizan más por una cantidad anormal de comida ingerida que por un ansia de comer un alimento determinado, como los hidratos de carbono. Los individuos con bulimia nerviosa ingieren más calorías en un atracón que los individuos sin bulimia nerviosa en una comida, pero la proporción de calorías derivadas de proteínas, ácidos grasos e hidratos de carbono es similar (Cetrato, 2011).

Los individuos con este trastorno se sienten generalmente muy avergonzados de su conducta e intentan ocultar los síntomas. Los atracones se realizan por lo normal a escondidas o lo más disimuladamente posible. Los episodios pueden o no haberse planeado con anterioridad y se caracterizan (aunque no siempre) por una rápida ingesta del alimento. Los atracones pueden durar hasta que el individuo ya no pueda más, incluso hasta que llegue a sentir dolor por la plenitud. Los estados de ánimo disforico, las situaciones interpersonales estresantes, el hambre intensa secundaria a una dieta severa o los sentimientos relacionados con el peso, la silueta y los alimentos pueden desencadenar este tipo de conducta. Los atracones pueden reducir la disforia de manera transitoria, pero a continuación suelen provocar sentimientos de auto-desprecio y estado de ánimo depresivo (Cetrato, 2011).

La bulimia nerviosa se inicia generalmente al final de la adolescencia o al principio de la vida adulta. Los atracones suelen empezar después o durante un período de régimen dietético. La alteración de la conducta alimentaria persiste al menos durante varios años en un alto porcentaje de nuestras clínicas. El curso puede ser crónico o intermitente, con períodos de remisión que se alternan con atracones. Se desconoce la evolución a largo plazo (Cetrato, 2011).

Un bajo nivel de autoestima lleva a una preocupación excesiva por el peso, generando dietas restrictivas, desequilibrio metabólico y episodios de atracones; éstos provocan conductas compensatorias, como vómito auto-inducido, el cual finalmente cierra el círculo contribuyendo al déficit en autoestima. Sin embargo, no están claramente determinados ni se han investigado empíricamente los procesos psicológicos que llevan inicialmente al déficit en autoestima, dada la seria amenaza para la salud, la bulimia nerviosa, al igual que otros desórdenes de alimentación, ha sido objeto de investigación exhaustiva en múltiples centros de investigación en el contexto internacional y se han identificado diferentes factores causales a nivel neurobiológico, psicológico y social (Carter, 1997).

A nivel neurobiológico, se han identificado factores nutricionales, eventos fisiológicos periféricos y procesos centrales neuroquímicos, que indican la posibilidad de que al menos en algunos casos los desórdenes alimenticios pueden surgir como resultado de procesos neurobiológicos endógenos producidos por un déficit en la regulación del sistema de control de apetito; igualmente, otras investigaciones han identificado factores de riesgo o predisponentes en el ámbito familiar, como tener antecedentes de familiares con problemas de alimentación o excesiva preocupación por el peso y patrones perfeccionistas y de alta exigencia en los padres (Bobenrieth, 2002).

En la bulimia nerviosa, como en el caso de otros trastornos mentales, suele describirse con frecuencia una alta comorbilidad con otras patologías y/o trastornos psiquiátricos, y especialmente con trastornos de la personalidad. A

pesar de que numerosos estudios analizan la relación existente entre trastornos de personalidad y trastornos de la alimentación, la importancia de ésta, será contemplada de forma diversa y contradictoria en la literatura, donde la ocurrencia entre bulimia nerviosa y trastornos de personalidad oscila entre el 27-84% de los casos (Hackett, 2008).

A grandes rasgos, cabe señalar que en la literatura sobre los trastornos de la alimentación, trastornos de la personalidad comórbidos. han sido generalmente asociados a diversos factores, tales como diagnóstico, mayor impulsividad y autoagresiones, mayor abuso de sustancias tóxicas, intentos de suicidio, mayor frecuencia de conductas de purga, trastornos afectivos, abuso sexual, mayor comorbilidad y severidad del trastorno (Hackett, 2008).

Este trastorno se caracteriza por episodios recurrentes de gran voracidad y conductas purgativas (por ejemplo, provocación del vómito o utilización de laxantes y/o diuréticos), con la finalidad de ejercer un control sobre el peso y silueta corporal, y una preocupación excesiva, como en el caso de la anorexia nerviosa, por su imagen corporal (Gadamer, 1997).

La alimentación es un proceso radicalmente fisiológico. En el hipotálamo se ubican los centros del hambre y saciedad, los que, a través de la corteza cerebral, coordinan y correlacionan las percepciones de los órganos sensoriales, el almacenamiento de los recuerdos de experiencias pasadas y la relación de este comportamiento con el mundo exterior del sujeto. Todo ello con el objetivo de conseguir alimento (Gadamer, 1997).

La alimentación no es sólo un proceso mecánico. El desarrollo psicológico parece estar influido por la alimentación. Desde el seno materno, el niño aprende sentimientos de seguridad, bienestar y afecto. La relación del alimento con éstos y otros afectos dura y se va desarrollando a través de toda la vida, motivo por el cual

ciertos sentimientos como el dolor, la ansiedad, la depresión y el desamparo podrían influir en los procesos de alimentación (Cash,1997).

Cuando una persona tiene anorexia o bulimia, se presentan manifestaciones clínicas como pérdida significativa de peso, caída del cabello, debilidad muscular, amenorrea y daños renales e intestinales la dimensión somática de las personas con diagnóstico de trastornos de la alimentación, atiende a sus manifestaciones en el cuerpo biológico (Esteinou, 1995).

El ideal social de cuerpo femenino cruza la vida cotidiana y los discursos de las mujeres con anorexia/bulimia; se anhela dicho ideal porque representa la apropiación de valores culturales privilegiados en occidente: juventud, felicidad, éxito y reconocimiento (Esteinou, 1995).

En la experiencia de las mujeres con diagnóstico de trastornos de la alimentación aparece la tensión cuando se hacen inalcanzables dicho ideal de cuerpo y los valores que lo soportan, a pesar de que se presentan como posibles, porque en el imaginario colectivo dicho cuerpo le otorgará al sujeto un lugar privilegiado en el mundo social (Bassat, 1993).

Así el cuerpo esbelto como representante de determinados valores culturales se convierte en una suerte de quimera social. Además la tensión recae en los medios empleados para alcanzarla. En estas mujeres las vías para lograr el cuerpo anhelado incluyen el recurso al control de la ingesta, hacer ejercicio durante muchas horas, vomitar y tomar laxantes y diuréticos; todas ellas prácticas sobre el cuerpo dirigidas a su transformación (Bassat, 1993).

Las alteraciones de la imagen corporal incluyen aspectos relacionados con la distorsión perceptiva de la talla, lo que lleva a que se sobreestimen algunas partes del cuerpo, y con la alteración cognitivo-afectiva asociada a la insatisfacción y preocupación por la figura. Llama la atención que dicha distorsión sea de partes

del cuerpo que en occidente se consideran indicadores de belleza femenina (abdomen, caderas, senos, brazos (Ayensa & Ramos, 2004).

2.9 Programas de prevención

Maganto y Cruz. (s/f). Diseñaron un taller sobre prevención de trastornos de alimentación en adolescentes, con el objetivo de tomar conciencia de la importancia que está tomando este trastorno, así como conocer las variables asociadas al mismo y orientar sobre la actuación más recomendable. El programa se ha llevado a cabo con 6 grupos de adolescentes y jóvenes en la ciudad de San Sebastián, las condiciones para participar en el taller fueron: Edad: Entre 15 y 25 años, sexo: ambos sexos, interés en el tema: participación voluntaria en el programa y temporalización. Un día por semana durante dos meses, lugar: centros juveniles subvencionados por el ayuntamiento de San Sebastián, coordinadores: dos profesionales experimentados en el programa, criterio de exclusión: pacientes clínicos con trastornos de alimentación. Los temas que se han elegido para trabajar en el programa/taller son cinco: 1) Salud, Alimentación y Nutrición, 2) Imagen Corporal, 3) Expresión de Emociones, 4) Anorexia y Bulimia, y 5) ¿Qué hacer y dónde acudir?, se ha elaborado para ser aplicado en grupo. Tras varias experiencias anteriores consideramos que el número idóneo de participantes para el taller se encuentra entre 8 y 15 sujetos, aunque dependiendo del grupo y del coordinador este número de sujetos puede ser modificable. Los resultados obtenidos en cuanto a los temas de mayor utilidad en el futuro, las chicas valoran que tiene más utilidad conocer y aceptar la imagen corporal y conocer los trastornos de la alimentación, como anorexia y bulimia. Esto permite concluir que los adolescentes y jóvenes consideran que el taller ha sido, entre otras cosas, un buen programa de formación sobre los temas tratados, lo que parece indicar que se han logrado los objetivos propuestos. Ya que dichos autores sugieren que exista mayor interés por los adolescentes en el tema de la imagen corporal en futuras generaciones.

Escoto, Camacho, Rodríguez y Mejía, (2010), diseñaron un Programa para Modificar Alteraciones de la Imagen Corporal en Estudiantes de Bachillerato con el objetivo de evaluar el impacto de un programa de prevención selectiva diseñado para modificar las alteraciones de los tres componentes (perceptual, cognitivo-afectivo y conductual) de la imagen corporal. El programa quedó conformada por 15 mujeres con un rango de 15 a 18 años de edad reclutadas de una escuela pública de nivel bachillerato, por medio de anuncios y mediante una plática informativa sobre el programa de intervención (prevención selectiva; Cororve, 2004). Una vez reclutadas, las participantes fueron asignadas al azar a una de dos condiciones: programa de prevención cognitivo-conductual ($n = 8$) y grupo control en lista de espera ($n = 7$). El estudio se desarrolló al inicio del ciclo escolar y la tasa de abandono fue de 0%. Los instrumentos que utilizaron son: Cuestionario de Imagen Corporal (BSQ, por sus siglas en inglés) desarrollado por Cooper, Taylor, Cooper y Fairburn (1987), consta de 34 ítems con seis opciones de respuesta (puntuaciones altas indican mayor insatisfacción corporal) y evalúa la insatisfacción con la imagen corporal; Escala de Siluetas Corporales (CDRS, por sus siglas en inglés; Thompson & Gray, 1995), mide la insatisfacción y la percepción de la imagen corporal, consta de nueve siluetas que van desde muy delgada hasta muy gorda y el Cuestionario de Evitación de la Imagen Corporal (BIAQ, por sus siglas en inglés; Rosen, Srebnik, Saltzberg & Wendt, 1991) mide la frecuencia con la que se practican ciertas conductas de evitación activa y pasiva de situaciones que se relacionan con la imagen corporal. El programa cuenta con diversas actividades que fueron diseñadas para aumentar la satisfacción con la imagen corporal: 1) valoración de las personas por sus cualidades no relacionadas con la apariencia crítica, 2) influencia de los medios en la idealización de la delgadez, 3) crítica a los medios y anuncios publicitarios relacionados con la belleza y su satisfacción con la imagen corporal. Los resultados obtenidos fueron las participantes del grupo con intervención disminuyeron significativamente sus puntuaciones en diferentes actitudes negativas hacia la imagen corporal, en comparación con el grupo control: insatisfacción corporal y malestar con la imagen corporal. Finalmente, este estudio no evaluó las conductas que las personas

realizan con el propósito de disminuir la insatisfacción con su apariencia física, por ejemplo, dieta, ejercicio y conductas compensatorias. Donde dichos autores sugieren que en futuros estudios podrían evaluar estas variables.

Pineda y Gómez, (2006). Realizaron un estudio piloto de un programa de prevención de trastornos alimentarios basado en la teoría de la disonancia cognoscitiva, el objetivo del estudio fue comparar la eficacia de dos programas preventivos, uno basado en la Teoría de la Disonancia Cognoscitiva (TDC) y otro psicoeducativo, para disminuir factores de riesgo en trastornos alimentarios. Se trabajó con 20 estudiantes de secundaria, que presentaban riesgo de desarrollar un trastorno alimentario. Se les asignó al azar a una de dos condiciones: intervención basada en la TDC (n = 9) o intervención psicoeducativa (n = 11). Se aplicó un cuestionario para medir seguimiento de una dieta restringida y satisfacción con la imagen corporal antes, inmediatamente después y un mes después de las intervenciones. Ambos tipos de intervención tuvieron una duración de tres sesiones. Los resultados indicaron que las chicas expuestas a la intervención basada en la TDC redujeron sus niveles de riesgo en relación con llevar una dieta restringida y que su noción de figura ideal cambió de una muy delgada a una con peso normal, en mayor grado que las que fueron expuestas a la intervención psicoeducativa. Dichos autores sugieren que se trabaje en futuras investigaciones con tamaños de muestras más grandes, puesto que el presente estudio fue pequeño y no probalístico por lo tanto los hallazgos no son generalizables a otras muestras.

Carter, Stewart, Dunn y Fairburn, (1997). Evaluaron un estudio piloto para evaluar un nuevo programa de alimentación basada en una escuela en la prevención de los trastornos diseñado para reducir la restricción dietética. El programa quedó conformado por cuarenta y seis adolescentes de un rango de edad de 12 a 14 años. La intervención conto en ocho sesiones semanales de 45 minutos de duración. Los instrumentos a utilizar fueron una batería de cuestionarios de auto-informe que ese administro antes y después de la intervención y seis meses después. Los resultados obtenidos a diferencia de estudios de prevención

anteriores, no había solo un aumento de conocimiento después de la intervención en el pero también hubo una disminución en los comportamientos y actitudes. Sin embargo, estos efectos fueron de corta duración, ya que habían desaparecido 6 meses más tarde: en efecto a los 6 meses de seguimiento se observó en la restricción dietética en comparación con la línea base. Finalmente, este estudio sugiere que la intervención había sido contraproducente ya que dio lugar a la restricción dietética.

Borda, Rio, Torres, Avargues y Pérez, (s/f). Desarrollaron un programa para determinar la eficacia de un programa de prevención (PP) para el desarrollo de TCA, aplicado en seis sesiones a 115 adolescentes de 1 y 2 de ESO (edad media= 12,71; DT= 0,72). Pre, post-programa y al año de seguimiento se aplicaron el EAT-40 y el BSQ. Post-programa, se administró una encuesta que evaluaba la capacidad para identificar la influencia de factores de riesgo. Los resultados al año de las chicas de 2 de ESO ya en 3 de ESO, se contrastaron con los obtenidos por un grupo de chicas (n= 69) del mismo curso (edad media= 14,36; DT= 0,54) no participantes en el PP. Las participantes mostraron puntuaciones muy bajas en ambos cuestionarios desde el pre-programa. Los efectos de la intervención fueron escasos, aunque se observó una alta capacidad adquirida en identificar la influencia de los factores de riesgo. En comparación con las no participantes, las participantes presentaban al año de seguimiento significativamente menos patología alimentaria y de la imagen corporal. En conclusión, el PP ha mostrado su eficacia a corto y largo plazo y el curso idóneo para su aplicación es 2 de ESO.

Castillo y Moncada, (s/f). Determinaron el efecto de la frecuencia de participación en un programa de ejercicios contra resistencia en la insatisfacción corporal (SC) y a la estima corporal (EC) en mujeres universitarias. Participaron 56 estudiantes, de 20.8 ± 3.2 años (rango de 17 a 38 años) las cuales fueron asignadas por grupos experimentales y control. A cada grupo experimental se le aplicó el mismo programa de ejercicio contra resistencia de 90 minutos por sesión. Un grupo realizó dos sesiones por semana durante 5 semanas y el otro una sesión semanal durante 9 semanas. Se les aplicó tres instrumentos, el primero es el Contour

Drawing Rating Scale; el segundo el Body Esteem Scale y el tercero el IPAQ-7. Se calcularon pruebas de ANOVA, t student y ANCOCA. Dentro de los resultados se encontró que no existe un efecto de la diferencia de participación de un programa de entrenamiento contra la resistencia de la SC y EC. Dichos autores recomiendan que para futuras investigaciones debieran utilizar muestras más grandes y medir antropométricamente a las participantes.

Lázaro y Comet, (2002). Realizaron una prevención de TCA en adolescentes escolarizados, llevando a cabo un experimental grupo control con mediciones pre y post intervención. Inicio: 1999 en 1º E.S.O., seguimiento en 2º (2.000) y 4º. Se trabaja con adolescentes, padres y educadores, con metodología activa, técnicas implicación, grupales en 1ºESO cinco sesiones y refuerzo con vídeo, folleto y dinámicas en una sesión en 2º ESO. Muestra: 5 centros públicos y 5 privados de Zaragoza con 2 aulas de 1º E.S.O. por centro. Procedimiento doble fase con entrevistas SCAN en intervención y control. Resultados: en 1999 se estudia 502 de 545 seleccionados (92,110%): 257 intervenciones y 245 en control, 266 mujeres y 236 varones. En 2.000 de 502 se estudia 441: 222 intervención y 219 control (80,9% 1999). En 1999 se diagnostica DSM-IV, CIE-10 2,63% (IC 95%: 1,16% a 5,14%) mujeres (n=7 TCANE, atípicos) y 0,0% (IC 95%: 0,00% a 1,26%) varones (n=0). En 2.000 la incidencia es 4,07% (IC 95%: 1,34%-9,23%) en mujeres control (n=5 TCANE) y 0% (IC 95%: 0% a 3,18%) en intervención y de 1,04% (IC95%: 0,305% a 5,67%) en varones control (n=1 F50.2) y 0% (IC 95%: 0 a 3,36%) en intervención. Finalmente dichos autores se muestran que el conocimiento adquirido en el primer programa del grupo control se consiguió una disminución de población, con riesgo e incidencia estadísticamente significativa al año de seguimiento.

Sepúlveda, Carrobles, Gandarillas, Poveda y Pastor, (2004). Realizaron un estudio piloto que analiza el efecto de un programa de prevención de trastornos del comportamiento alimentario en estudiantes universitarios de Medicina de la UNAM. Está diseñado de forma curricular, para mejorar las actitudes y conductas alimentarias, junto a otras habilidades de competencia personal. Está basado en

un enfoque participativo de promoción de la salud. Se ha realizado un estudio longitudinal con intervención de 65 estudiantes de 1º de Medicina, con una edad entre los 18-19 años, 29,2% varones y 66% mujeres. Los participantes se dividieron en un grupo con intervención (52%) (Talleres de prevención) y otro grupo sin intervención (48%), y a su vez por género. Un año después se compararon en distintas medidas como, en la imagen corporal (BSQ), actitudes y conductas alimentarias (EDI), niveles de psicopatología (SCL-90-R) y autoestima (Escala de Rosenberg). La tasa de respuesta es de 93%. El contenido del programa de prevención se ha impartido como una asignatura curricular a lo largo del curso académico 2001-02. Se presentan los resultados estadísticos basados en medias y desviaciones típicas. Se analizan las diferencias pre-post con la prueba t de Student (mujeres) y con la prueba de Wilcoxon (varones). En los resultados se observó que el programa mejora la satisfacción con la imagen corporal (Chicos, Media BSQ1=12 y BSQ2=13,7(NS); Chicas BSQ1=44,3 y BSQ2=34,8 ($p<0,05$), las actitudes y conductas alimentarias (Chicos, Media EDI1=20 y EDI2=20(NS); Chicas EDI1=31,1 y EDI2=26,1 ($p>0,05$)) y el nivel de psicopatología general (Chicos Media GSI1=0,48 y GSI2=0,48(NS); Chicas GSI1=1,1 y GSI2=0,75 ($p<0,05$)) en las mujeres participantes. La autoestima se mantiene igual en los dos grupos intervenidos, aunque aumenta ligeramente en las chicas, sin ser significativo. Los estudiantes del grupo sin intervención mantienen puntuaciones similares tras un año, y no son estadísticamente significativas ($p > 0,05$), salvo la sensibilidad interpersonal en los chicos, que aumenta significativamente. Conclusión: Este programa piloto de prevención de TCA se puede considerar moderadamente efectivo, principalmente en el género femenino. En cuanto al género masculino se ha producido un aumento moderado de puntuaciones debido posiblemente a una mayor sensibilidad de la imagen corporal y aspectos alimentarios. Dichos autores sugieren que queda pendiente el ofrecer unos talleres de refuerzo durante el siguiente año académico para un seguimiento posterior.

Loria, Gómez, Lourencio, Pérez, Castillo, Villavino, Bermejo y Zurita, (2009). Determinaron el efecto de un programa de Educación Nutricional sobre el estado

nutricional y el patrón alimentario de un grupo de pacientes con Trastornos de la Conducta Alimentaria que siguen con el protocolo habitual de seguimiento en consulta de Nutrición y de Salud Mental. Se incluyeron 89 pacientes, 5% hombres, que recibieron Educación Nutricional individual con visitas semanales/quincenales por 4-6 meses, llevadas a cabo por una Dietista. La edad media 24 ± 8 años. La distribución por diagnóstico fue: Anorexia Nerviosa Restrictiva (ANR) 32,5% y Anorexia Nerviosa Purgativa (ANP) 26,5%, Bulimia Nerviosa (BN) 18%, Trastorno Alimentario No Específico (TANE) 21% y Trastorno por Atracón (TA) 2%. La media del tiempo de evolución desde el diagnóstico fue de $4,8 \pm 5$ años. Los pacientes completaban el cuestionario EAT26 (Eating Attitudes Test-26), se realizaba evaluación antropométrica, registro de 24 h y frecuencia habitual de consumo de alimentos en la primera consulta y tras recibir el programa de educación nutricional. Dentro de los resultados, el valor medio del cuestionario EAT26 fue inicialmente 32 ± 15 , tras la intervención fue $23,7 \pm 14$ ($p < 0,001$), lo que evidencia cambios significativos en la sintomatología de los pacientes muy positivos. También hubo diferencias significativas en el análisis del cuestionario por escalas y en la evaluación por diagnósticos.

Tras los 4-6 meses del programa, disminuyó significativamente el número de vómitos/semana tanto en ANP ($7,2 \pm 10$ vs $1 \pm 1,8$ $p < 0,001$) como en BN ($8 \pm 9,7$ vs $2,2 \pm 3,2$ $p < 0,01$). También se observó una tendencia favorable en la disminución en el número de atracones/semana para ambos diagnósticos. El porcentaje de pacientes que consumían menos de 4 comidas/día se redujo de un 70% a un 19% ($p < 0,001$). El 67% de los pacientes logró dedicar un tiempo definido como correcto a comer y un 54% pasó a consumir una comida completa, los resultados que muestran una tendencia muy favorable respecto a la normalización del patrón alimentario. Aumentó significativamente el consumo de lácteos, verduras, cereales, aceite ($p < 0,001$), carnes ($p < 0,05$) y frutas ($p < 0,01$). Inicialmente un 34% consumía por lo menos 3 de los 6 grupos de alimentos dentro del rango recomendado, al final lo hizo el 70% ($p < 0,001$). Tras la educación nutricional se produjo un incremento significativo en la ingesta energética y en el consumo de hidratos de carbono ($p < 0,001$) tanto en ANR

como en ANP. Respecto a los micronutrientes aumentó significativamente la ingesta de vitamina B₂, ácido fólico y calcio ($p < 0,001$) en ANP y de magnesio y calcio ($p < 0,001$) en ANR.

Los resultados muestran que se produjo una mejoría significativa en el estado nutricional en ANR ($p < 0,001$) en las variables peso, IMC y circunferencia muscular del brazo y el pliegue tricúspital estuvo en el límite de la significación.

Para ANP y TANE su valoración inicial demostraba que se encontraban dentro de rangos de normalidad, situación que se mantuvo tras la educación nutricional. En BN se produjo una evolución hacia la normalización del IMC, que pasó de $26,4 \pm 6,6$ a $25,5 \pm 5,7$ (-2,3 kg). En conclusión, dichos autores sugieren que los programas de educación nutricional llevados a cabo por profesionales cualificados y expertos, deben formar parte del tratamiento de los TCA, junto al seguimiento médico y psicológico y dentro del marco de la interdisciplinar y el trabajo en equipo.

McVery, Davis, Tweed y Shaw (2004) realizaron un estudio para evaluar la eficacia de un programa de habilidades para la vida diseñado para mejorar la satisfacción con la imagen corporal y la autoestima global, al tiempo que reduce ñas actitudes negativas de alimentación y los comportamientos y sentimientos de perfeccionismo, todos los cuales han sido identificados como predisponentes factores a los trastornos alimentarios. Con una muestra total de 258 mujeres con una edad media de 11,8 años (grupo de intervención = 182 y del grupo de control = 76) completaron cuestionarios antes y 1 semana después, el programa de seis sesiones en las escuelas, y de nuevo 6 y 12 meses después. Los resultados obtenidos de la intervención fueron exitosos en la mejora de satisfacción con la imagen corporal y la autoestima global y en la reducción de escalas de actitud de dieta de tan sólo después de la intervención. Los beneficios no se mantuvieron a los 12 meses de seguimiento.

McVey y Davis (2002) evaluaron la eficacia de un programa diseñado para promover la satisfacción con la imagen corporal y evitar problemas de

alimentación en las adolescentes jóvenes se evaluó durante un período de 1 año. Un total de 263 niñas de grado 6, la mitad de las cuales estaban en el grupo de control, completaron cuestionarios que evaluaron la satisfacción con la imagen corporal y problemas de alimentación antes y 1 semana después del programa de prevención, y 6 y 12 meses después. El programa de prevención de seis sesiones se desarrolló en torno a dos componentes principales: (a) la educación mediática sobre los peligros asociados con la idealización de la delgadez y (b) la promoción de habilidades para la vida, incluyendo las estrategias de mejora de la autoestima, técnicas de manejo del estrés, y los compañeros habilidades de relaciones. No hubo efecto del programa. En lugar de ello, los resultados revelaron un aumento significativo en la satisfacción de la imagen corporal y disminución de las puntuaciones de comer problemas con el tiempo para los participantes en ambos grupos de prevención y control.

2.10 La importancia de la planeación didáctica en la labor docente.

En el quehacer docente, la planeación didáctica es la parte medular para llevar a cabo la propuesta de enseñanza del profesor y responder en el cómo implementar dicha propuesta. En las tendencias actuales de la enseñanza, los enfoques y modelos educativos diversifican y posibilitan una mayor planeación en las estructuras didácticas de una asignatura. Hoy las formas de interacción, la promoción de conocimientos, los recursos o medios didácticos, abren horizontes ventajosos para organizar ambientes de aprendizaje flexibles y eficaces en las acciones educadoras. Ahora bien, para planear un curso se tiene que tomar en cuenta aspectos como: las características de los estudiantes, los contenidos de aprendizaje, los conocimientos previos de la asignatura, los recursos y medios didácticos, los objetivos educativos que se pretenden lograr, la metodología de trabajo, los tiempos disponibles para desarrollar las actividades, las características, métodos y criterios de evaluación entre otros. El orden y la temporalización de las actividades de aprendizaje y aprendizaje representan la estructura sistemática para controlar las acciones pedagógicas durante el proceso educativo y lograr los propósitos educativos.

Es por eso que la planeación didáctica en el quehacer del profesor es de suma importancia porque aquí es donde el profesor refleja su creatividad al momento de seleccionar y organizar las actividades de aprendizaje con enfoques que permitan al estudiante desarrollar competencias y actitudes críticas sobre lo que aprende enseñar (UFAC, 2007).

Capítulo III. Método

3.1 Variable Dependiente.

A: Insatisfacción Corporal: Malestar por su evaluación estética subjetiva constituye probablemente el principal factor que precede a las decisiones de delgadez, (Pérez, Burgos & Moskowich, 2008).

3.2 Variable Independiente

C. Imagen corporal: Se refiere a la representación mental que creamos del tamaño, la figura y las partes de nuestro cuerpo, así como, a la percepción de los demás tienen de él, (Salazar, 2007).

3.3 Tipo de estudio

- **Descriptivo:** Es aquél en el que la información es recolectada sin cambiar el entorno (es decir, no hay manipulación).
- **Transversal:** Se examinan la relación entre una enfermedad y una serie de variables en una población determinada y en un momento del tiempo.
- **Cuantitativo:** Es el procedimiento de decisión que pretende señalar, entre ciertas alternativas, usando magnitudes numéricas que pueden ser tratadas mediante herramientas del campo de la estadística.

3.4 Población de estudio

El estudio se llevó a cabo en una escuela secundaria técnica del municipio de Nezahualcóyotl. Los 100 participantes incluidos en este estudio se dividieron en un grupo control y un grupo con intervención, conformados por 50 estudiantes cada grupo todos ellos del turno matutino, de ambos sexos.

3.5 Criterios de selección

Inclusión

- Edad: de 11 años a 13 años.
- Confirmar la participación por parte del menor y los padres/tutor.

Eliminación

- Cuestionarios contestado de forma parcial o incompleta

3.6 Instrumento

Se elaboraron dos cuestionarios para chicos y otro para chicas el cual facilita la evaluación de la imagen corporal, utilizando dos áreas a evaluar divididas en dos hojas respectivamente. En la primera hoja (Anexo 1) Body Shape Questionnaire (BSQ) y en la segunda hoja (Anexo 2) el cuestionario de Imagen Corporal (CIC).

Cuestionario BSQ

Cuestionario de Figura Corporal: BSQ, Body Shape Questionnaire (Cooper, et al 1987) y adaptado a la población española (Raich, 2000-2001), que evalúa la imagen corporal y nos sirve para discriminar entre personas sin problemas, personas preocupadas por su imagen corporal y personas con trastornos alimentarios o TCA. Consta de 34 preguntas que se puntúan en una escala de Likert de 1 a 6. Permite obtener una puntuación global (suma de las puntuaciones directas de los ítems) y se pueden derivar 2 factores: Insatisfacción Corporal, preocupación por el peso (tabla 1).

Tabla 1. Factores e ítems que mide el BSQ

Factor	Descripción	Preguntas numero
Factor 1	Insatisfacción Corporal	1,3,7,8,10,11,12,13,14,15,17,18,19,20,25,26,27,29,31 y 32
Factor 2	Preocupación por el peso	2,4,5,6,9,16,21,22,23,24,28,30,33 y34

El BSQ representa una medida objetiva de la preocupación sobre el peso y la imagen corporal, por lo que fue usado para evaluar trastornos de la imagen corporal en puntuación elevada. También puede ser una herramienta útil para el

estudio exploratorio de individuos en riesgo de desarrollar un trastorno de comportamiento alimentario, teniendo en cuenta que el trastorno del esquema corporal es solo uno de los síntomas de esta patología y que individuos obesos o con dieta severas pueden también puntuar alto en BSQ.

La confiabilidad del instrumento por el método alfa de cronbach fue de .948, que es considerado como un instrumento de alta confiabilidad.

El cuestionario de imagen corporal (CIC)

Cuestionario de imagen corporal (CIC; Miro, 2006). Este instrumento, inicialmente desarrollado por Gaspa y Garcia-Tornel del Hospital Sant Joan de Deu de Barcelona, se utiliza para la detección precoz de alteraciones de la imagen corporal. Consta de 35 ítems divididos en cuatro secciones, las dos primeras a partir del dibujo de la figura de un chico o una chica, según corresponda, que comprende 18 partes del cuerpo. Para cada parte del cuerpo se responde sobre: a) la satisfacción de la propia imagen corporal (de 0 a 10); y b) la preocupación por la propia imagen corporal (si representa o no un problema). En ambos casos se obtiene una puntuación total, una de satisfacción general y otra de preocupación general, correspondiente esta al número de partes del cuerpo que preocupan.

El cuestionario de imagen corporal (CIC) nos facilita la evaluación de la imagen corporal, en dos partes. Una parte del cuestionario nos permite evaluar el área de la percepción y utilizamos el método de estimación de partes corporales y el método de estimación corporal global, en donde el área de percepción que tiene el adolescente en cuanto a su imagen corporal en partes y en el aspecto global, a la vez que informa directamente si eso representa o no un problema para él.

La segunda parte de la evaluación de la percepción de la imagen corporal que percibe en cuanto a la percepción de la imagen corporal que cree que sus amigos o compañeros piensan de él, o podría ser asociado a las redes sociales. En esta

parte del cuestionario también se valora si el adolescente está de acuerdo con su talla y peso o si por lo contrario está en desacuerdo.

Las dos últimas secciones comprenden: c) el grado de satisfacción con la talla y el peso, preguntando si están conformes, o bien desearían mayor o menor peso y/o talla; y d) la valoración general del aspecto físico y la valoración general del aspecto físico según los amigos, a partir de una escala de 0 a 10.

La confiabilidad del instrumento alfa de cronbach fue de .680, que es considerado como un instrumento de media confiabilidad.

3.7 Descripción del programa (programa de intervención)

El programa de prevención alteraciones de la imagen corporal en adolescentes (*Anexo 7*), tiene como objetivo prevenir la insatisfacción corporal en adolescentes de nivel secundaria de 11 a 13 años de edad, de ambos sexos. Consta de 9 sesiones (dos por semana) de 2 horas cada una.

Durante la implementación del programa se explicaron y analizaron los siguientes temas:

- Presentación del programa de intervención
- Adolescencia
- Medios de comunicación
- Trastornos de conducta alimentario
- Autoestima
- Alimentación
- Fomentar la relación entre compañeros
- Fomentar la independencia de los adolescentes
- Actividad física

Para llevar a cabo el programa de intervención se utilizaron diversas técnicas y estrategias de aprendizaje como:

Teoría eclíptica: El educador para la salud, involucra la actitud, el interés y el valor en el proceso de aprendizaje de manera que la información que está en el ambiente entre y luego pase al registro sensorial, ya que la información se va a la memoria de corto alcance y se lleva a cabo un codificación conceptual-

Constructivismo: El educador para la salud, encamina a los participantes a adquirir el conocimiento a través, de las condiciones óptimas para que el conocimiento resulte significativo.

Teoría cognitiva-conductual: El educador para la salud, se encuentra totalmente interesado en los aspectos internos del participante, de tal forma que si logra cambiar su forma de pensar podrá cambiar sus conductas y tener nuevos estilos de vida saludables.

Para elegir las estrategias, se tomó en cuenta la edad de la población la cual va entre los 11 y 13 años de edad, para que las estrategias brindadas durante el programa sean de mayor interés y llamen la atención de una manera fácil.

Para lo cual se trabajó con:

- Juegos al inicio de cada sesión, esto con la finalidad de que los participantes sacaran su tensión y aburrimiento a través de un momento de diversión.
- Mapas mentales: dentro de la evaluación se trabajó con mapas mentales esto con la finalidad de que al terminar algunas sesiones los alumnos pudieran relacionar lo aprendido a través de algunas palabras claves que ellos identificaron o que les parecieron relevantes.

Se utilizaron diferentes materiales para la implementación de las sesiones como:

- Infogramas
- Videos
- Imágenes alusivas al plato del buen comer, anorexia, bulimia, atracón y estereotipos sociales, medios de comunicación.
- Cuestionarios
- Sopa de letras
- Rompecabezas
- Reflexiones
- Adivinanzas
- Antifaces
- Música

3.8 Procedimiento

Para poder llevar a cabo el programa de prevención de alteraciones de la imagen corporal en adolescentes, se pidió el permiso correspondiente a la escuela secundaria mediante un oficio, para la aplicación de los cuestionarios; BSQ (anexo 1 y 2) CIC (*anexo 3 y 4*) y la intervención con los alumnos durante un tiempo acordado, y así también se les pidió a los padres de familia, la firma de un consentimiento informado (*anexo 5*) y un asentimiento informado (*anexo 6*), en el cual se explica lo que se llevara a cabo durante el programa de intervención para ver si están de acuerdo a que sus hijos participen en el programa de intervención. Al concluir el programa se volvieron a aplicar los mismos cuestionarios a los adolescentes del grupo con intervención y el grupo control para ver si existió un cambio significativo, dando así las gracias por haber participado y por último se mostró al director los resultados obtenidos del programa.

3.9 Análisis de datos

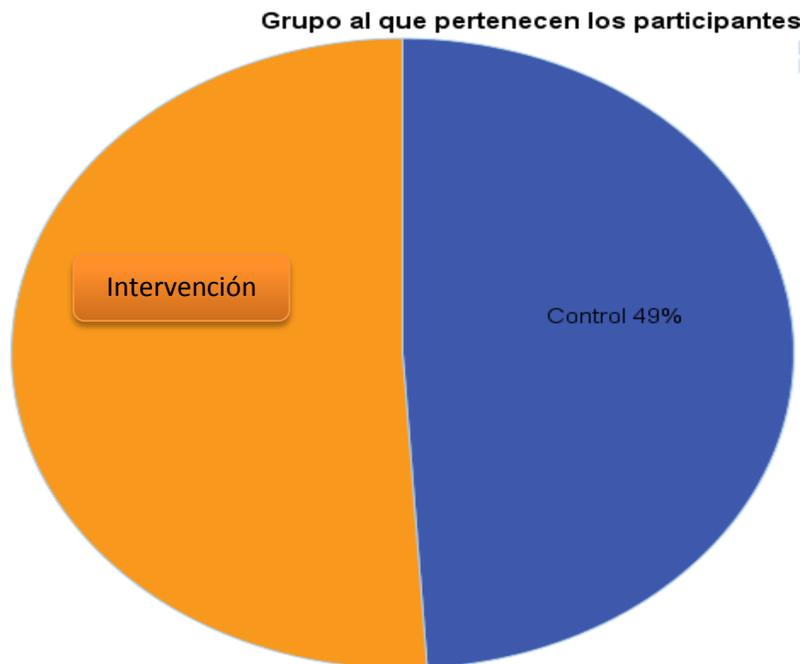
El análisis de la información se llevó a cabo con la utilización del paquete estadístico para las ciencias sociales (SPSS). Se utilizaron las medidas repetidas de frecuencias estadísticas, desviaciones correlativas, y ANOVA de medidas repetidas

Capítulo IV. Resultados

4.1 Resultados descriptivos

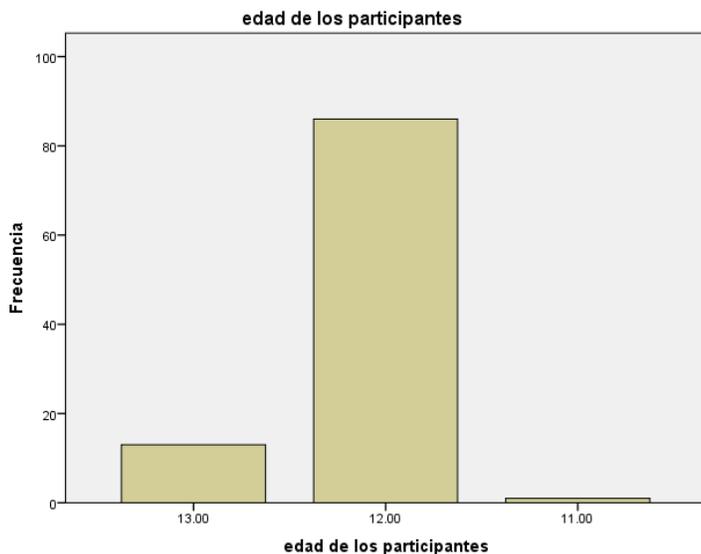
En la presente investigación se trabajó con una muestra conformada por adolescentes de ambos sexos, teniendo en cuenta una distribución por grupo, el cual se trabajó con un grupo control y un grupo de intervención, mismos que cursaban el nivel medio superior del mismo año, en una escuela pública del municipio de Nezahualcoyotl. El grupo con intervención quedó conformado por 51 alumnos que es equivalente al 51% y el grupo control quedó conformado por 49 alumnos que es equivalente al 49% de los adolescentes (Figura 1).

Figura 1. Distribución de la muestra al grupo perteneciente.



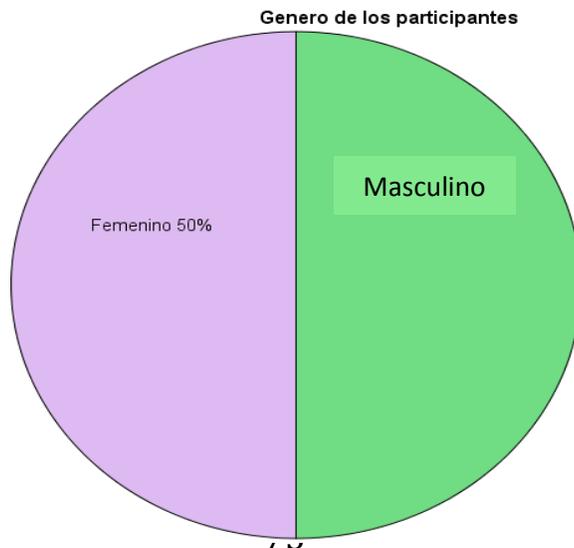
La edad de los participantes fluctuó entre los 11 y 13 años de edad, donde la edad promedio fue de 12.12 años ($DE = 0.36$) (figura 2).

Figura 2. Distribución de la muestra por edad.



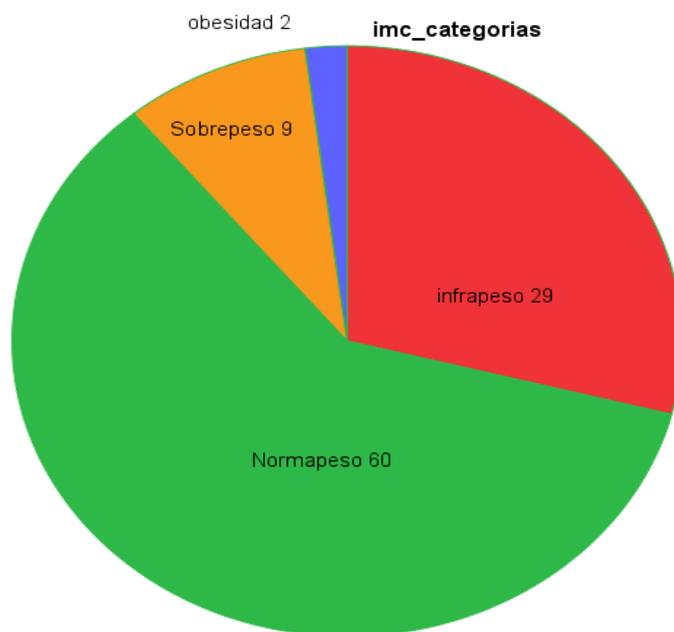
El grupo control quedó conformado por 23 mujeres y 26 hombres. Mientras que para el grupo con intervención quedó conformado por 26 mujeres y 25 hombres (Figura 3).

Figura 3. Distribución de la muestra por género.



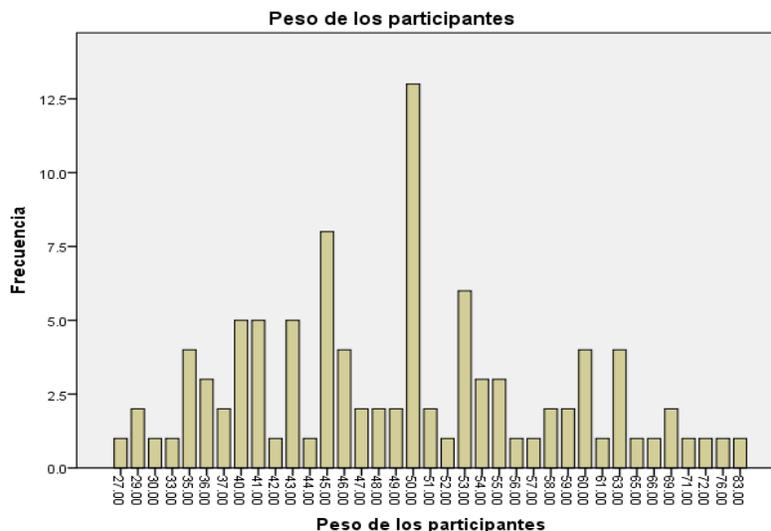
Dentro de la categoría de IMC (Índice de Masa Corporal) de los participantes, se observó que un 2% de los adolescentes se encuentra en obesidad, mientras que un 9% de los adolescentes se encuentran con sobrepeso, un 29% de los adolescentes se encuentran con infrapeso y un 60% de los adolescentes se encuentran en normapeso. Se puede observar que la mayoría de los adolescentes se encontrarán en la categoría de peso normal. Cabe resaltar que se encontró un número elevado de participantes con categoría de infrapeso. Se pudo identificar que 13 mujeres adolescentes se encuentran con infrapeso, 32 de las mujeres adolescentes se encuentran en normapeso, 4 mujeres adolescentes están en sobrepeso y solo una mujer adolescente se encuentra en obesidad. En el caso de los hombres adolescentes se pudo identificar que 16 se encuentran con infrapeso, 28 hombres adolescentes con normapeso, 5 hombres adolescentes con sobrepeso y un hombre adolescente con obesidad (figura 4).

Figura 4. Distribución de muestra por categoría del IMC de los participantes



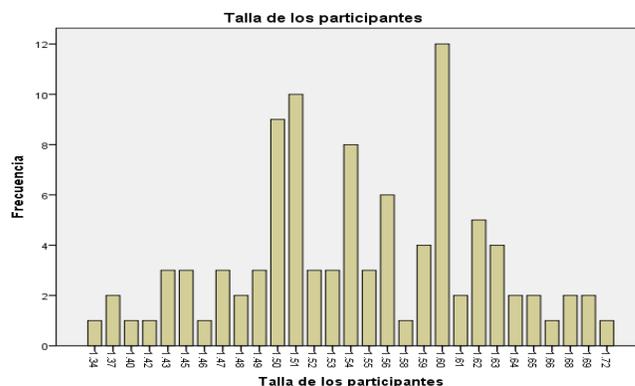
La mayoría de los participantes presentaron un peso de 50 kg (figura 5).

Figura 5. Distribución de la muestra por peso de los participantes



La talla de los participantes, oscila entre 1.34 mts a 1.72 mts, considerando un número elevado de participantes con una talla de 1.60 mts (figura 6).

Figura 6. Distribución de la muestra por talla de los participantes



4.2 Resultados inferenciales

Respecto al ANOVA de medidas repetidas (tabla 2) se observó que tanto en la insatisfacción corporal, como en la preocupación por el peso hubo un efecto positivo del programa en el grupo con intervención. Se observó una interacción tiempo x grupo que fue estadísticamente significativa, en donde existió una disminución tanto en la insatisfacción corporal como en la preocupación por el peso.

Tabla 2. Medías y desviaciones estándar para los factores del cuestionario BSQ en la preprueba y la posprueba del grupo control y grupo con intervención.

Variable	Grupo				F	P	D
	Control		Intervención				
	(n= 50)		(n = 50)				
	Preprueba	Posprueba	Preprueba	Posprueba			
	M	M	M	M			
	(DE)	(DE)	(DE)	(DE)			
Insatisfacción corporal	32.12 (10.62)	38.16 (9.69)	33.92 (16.98)	31.27 (16.49)	19.14	.00	.16
Preocupación por su peso	30.55 (12.33)	29.77 (9.14)	29.19 (13.75)	24.94 (13.65)	4.28	.04	.04

Nota: F= ANOVA de medidas repetidas; P=significancia; d=tamaño del efecto.

En el cuestionario CIC (tabla 3) se observó que en la variable área de la percepción la significancia fue menor a .05 en donde se acepta la hipótesis alterna mientras que en la variable evaluación de la percepción de la imagen corporal la significancia fue mayor a .05 en donde se rechaza la hipótesis alterna. Se observó en general que las partes del cuerpo más valoradas en ambos sexos son pelo, cara, pecho/tórax, brazo, abdomen, cintura y caderas. Se observó diferencia entre la preprueba y la posprueba para las variables cara ($F = 15.4, p = .00$), ojos ($F =$

9.44, $p = .00$), y cuello ($F = 10.26$, $p = .00$), donde hubo una disminución en la puntuación en el grupo con intervención.

Tabla 3. Medías y desviaciones estándar para los factores de CIC en la preprueba y la posprueba del grupo control y grupo con intervención.

CIC general

Variable	Grupo				F	P	D
	Control (n =50)		Intervención (n =50)				
	Preprueba	Posprueba	Preprueba	Posprueba			
	M (DE)	M (DE)	M (DE)	M (DE)			
Pelo	.06 (.24)	.24 (.43)	.17 (.38)	.15 (.36)	5.5	.02	.05
Cara	.10 (.30)	.34 (.48)	.23 (.42)	.09 (.30)	15.4	.00	.13
Ojos	.04 (.19)	.20 (.40)	.11 (.32)	.03 (.19)	9.94	.00	.09
Boca	.02 (.14)	.12 (.33)	.09 (.30)	.07 (.27)	3.16	.07	.03
Labios	.06 (.24)	.10 (.30)	.11 (.32)	.03 (.19)	3.00	.08	.03
Cuello	.02 (.14)	.16 (.37)	.11 (.32)	.03 (.19)	10.26	.00	.09
Pecho/Tórax	.06 (.24)	.16 (.37)	.17 (.38)	.07 (.27)	5.76	.01	.05
Brazos	.12 (.33)	.10 (.30)	.17 (.38)	.13 (.34)	.38	.84	.00

Continúa en la siguiente pagina

	<i>Continuación</i>						
Manos	.10 (.30)	.08 (.27)	.13 (.34)	.09 (.30)	.05	.81	.00
Abdomen	.16 (.37)	.12 (.33)	.23 (.42)	.13 (.34)	.43	.51	.00
Cintura	.16 (.37)	.10 (.30)	.21 (.41)	.09 (.30)	.38	.53	.00
Genitales	.02 (.14)	.06 (.24)	.09 (.30)	.07 (.27)	1.00	.31	.01
Glúteos	.10 (.30)	.06 (.24)	.11 (.32)	.05 (.23)	.07	.78	.00
Caderas	.06 (.37)	.04 (.19)	.15 (.36)	.03 (.19)	.00	.95	.00
Muslo	.06 (.24)	.06 (.24)	.11 (.32)	.03 (.19)	1.96	.16	.02
Pierna	.16 (.37)	.14 (.35)	.07 (.27)	.05 (.23)	.00	.99	.00
Pies	.12 (.33)	.16 (.37)	.11 (.32)	.07 (.27)	.87	.35	.00

Nota: F= ANOVA de medidas repetidas; P=significancia; d=tamaño del efecto

En el cuestionario CIC para mujeres (tabla 4), se encontró que las partes de su cuerpo más valoradas son la cara, la cintura y el abdomen. Se observó la diferencia entre la preprueba y la posprueba para las variables pelo (F = 12.48, p = .00), cara (F = 11.17, p = .00), ojos (F = 5.27, p = .02), cuello (F = 8.39, p = .00) y pies (F = 4.00, p = .05), donde hubo una disminución en la puntuación en el grupo con intervención.

Tabla 4. Medías y desviaciones estándar para los factores de CIC en la preprueba y la posprueba del grupo control y grupo con intervención (femenino).

Variable	Grupo				F	P	D
	Control (n =50)		Intervención (n =50)				
	Preprueba	Posprueba	Preprueba	Posprueba			
	M (DE)	M (DE)	M (DE)	M (DE)			
Pelo	.11 (.32)	.33 (.48)	.11 (.32)	.00 (.00)	12.48	.00	.20
Cara	.11 (.32)	.45 (.50)	.26 (.45)	.12 (.33)	11.17	.00	.18
Ojos	.00 (.00)	.25 (.44)	.03 (.19)	.04 (.20)	5.27	.02	.03
Boca	.07 (.27)	.12 (.33)	.03 (.19)	.00 (.00)	.80	.37	.01
Labios	.00 (.00)	.08 (.28)	.07 (.27)	.04 (.20)	1.75	.19	.03
Cuello	.00 (.00)	.20 (.41)	.07 (.27)	.00 (.00)	8.39	.00	.14
Pecho/Tórax	.00 (.00)	.12 (.33)	.11 (.32)	.04 (.20)	3.64	.06	.07
Brazos	.07 (.27)	.04 (.20)	.11 (.32)	.12 (.33)	.13	.71	.00
Manos	.07 (.27)	.04 (.20)	.11 (.32)	.08 (.28)	.00	.97	.00
Abdomen	.07 (.27)	.04 (.20)	.15 (.36)	.16 (.38)	.21	.64	.00

Continúa en la siguiente pagina

					<i>Continuación</i>		
Cintura	.03 (.19)	.04 (.20)	.19 (.40)	.25 (.44)	.19	.66	.00
Genitales	.03 (.19)	.00 (.00)	.03 (.19)	.00 (.00)	.00	1.0	.00
Glúteos	.00 (.00)	.00 (.00)	.00 (.00)	.08 (.28)	2.26	.13	.04
Caderas	.00 (.00)	.00 (.00)	.15 (.36)	.16 (.38)	.01	.90	.00
Muslo	.00 (.00)	.00 (.00)	.07 (.27)	.00 (.00)	1.92	.17	.03
Pierna	.00 (.00)	.12 (.33)	.00 (.00)	.16 (.38)	.21	.64	.00
Pies	.03 (.19)	.20 (.41)	.07 (.27)	.04 (.20)	4.00	.05	.07

Nota: F= ANOVA de medidas repetidas; P=significancia; d=tamaño del efecto

En los hombres las partes del cuerpo más valoradas son el pecho, pelo, brazos, abdomen, cintura y gluteos. Se observó la diferencia entre la preprueba y la posprueba para las variables, cara ($F= 4.70$, $p = .03$), y ojos ($F= 4.74$, $p = .03$), donde hubo una disminución en la puntuación en el grupo con intervención (tabla 5).

Tabla 5. Medías y desviaciones estándar para los factores de CIC en la preprueba y la posprueba del grupo control y grupo con intervención (masculino).

Variable	Grupo				F	P	D
	Control (n =50)		Intervención (n =50)				
	Preprueba	Posprueba	Preprueba	Posprueba			
	M (DE)	M (DE)	M (DE)	M (DE)			
Pelo	.20 (.40)	.16 (.37)	.24 (.43)	.12 (.33)	.32	.57	.00
Cara	.08 (.27)	.24 (.43)	.20 (.40)	.08 (.27)	4.70	.03	.08
Ojos	.08 (.27)	.16 (.37)	.20 (.40)	.04 (.20)	4.74	.03	.09
Boca	.08 (.27)	.12 (.33)	.16 (.37)	.04 (.20)	2.70	.10	.05
Labios	.08 (.27)	.12 (.33)	.16 (.37)	.08 (.27)	1.27	.26	.02
Cuello	.08 (.27)	.12 (.33)	.16 (.37)	.04 (.20)	2.70	.10	.05
Pecho/Tórax	.16 (.37)	.20 (.40)	.24 (.43)	.08 (.27)	2.29	.13	.04
Brazos	.20 (.40)	.16 (.37)	.24 (.43)	.12 (.33)	.27	.60	.00
Manos	.12 (.33)	.12 (.33)	.16 (.37)	.12 (.33)	.10	.74	.00
Abdomen	.20 (.40)	.20 (.40)	.32 (.47)	.16 (.37)	1.32	.25	.02

Continúa en la siguiente pagina

Continuación

Cintura	.16 (.37)	.16 (.37)	.24 (.43)	.08 (.27)	1.58	.21	.03
Genitales	.12 (.33)	.12 (.33)	.16 (.37)	.04 (.20)	1.27	.26	.02
Glúteos	.12 (.33)	.12 (.33)	.24 (.43)	.12 (.33)	1.00	.32	.00
Caderas	.08 (.27)	.08 (.27)	.16 (.37)	.16 (.37)	.00	1.00	.00
Muslo	.08 (.27)	.12 (.33)	.16 (.37)	.12 (.33)	.65	.42	.01
Pierna	.12 (.33)	.16 (.37)	.16 (.37)	.16 (.37)	.10	.74	.00
Pies	.12 (.33)	.12 (.33)	.16 (.37)	.20 (.40)	.08	.76	.00

Nota: F= ANOVA de medidas repetidas; P=significancia; d=tamaño del efecto

Capítulo V. Análisis y discusión

El propósito fundamental en esta investigación fue el diseño, implementación y evaluación de un programa para la prevención de alteraciones de la imagen corporal en adolescentes, por lo que se trabajó con un grupo control y un grupo con intervención. Para llevar a cabo la investigación se seleccionó una muestra de 100 alumnos en la Escuela Secundaria Técnica del municipio de Nezahualcóyotl.

Dentro del programa se plantearon cuatro objetivos, los cuales fueron cumplidos y se describen a continuación.

El objetivo uno (Diseñar un programa de alteraciones de la imagen corporal en adolescentes) se llevó a cabo por medio de la búsqueda de información en donde se puede ver que los adolescentes están más propensos a sufrir de insatisfacción corporal.

El objetivo dos (Diseñar un manual de alteraciones de la imagen corporal en adolescentes en donde interviene la licenciatura en educación para la salud) se llevó a cabo mediante un manual que maneja diversas temáticas de educación para la salud en donde se retomaron conocimientos sobre la importancia del cuerpo, como imagen corporal, adolescencia, influencia de los medios de comunicación, trastornos alimentarios, alimentación, actividad física, entre otros las cuales fueron específicamente dirigidas a los adolescentes de 11 a 13 años de edad.

El objetivo tres (Aplicar un programa dirigido a disminuir la insatisfacción corporal con la imagen corporal) se llevó a cabo en una escuela secundaria, con alumnos de primer grado de 11 a 13 años de edad, en donde se aplicó el programa de alteraciones de la imagen corporal en adolescentes,

El objetivo cuatro (Identificar la presencia de alteraciones de la imagen corporal en los participantes) se llevó a cabo mediante los cuestionarios del BSQ y CIC los cuales permitieron identificar quienes presentaban insatisfacción corporal.

Los resultados del cuestionario de la figura corporal indicaron que el programa logró una disminución en la insatisfacción corporal y preocupación por el peso, que presentan los alumnos sobre su imagen corporal, por lo que se dejan influenciar por los medios de comunicación, los amigos y los trastornos alimenticios, lo cual es un resultado con gran impacto alto en la comunidad estudiantil ya que, en este tipo de estudios se han encontrado que los adolescentes generalmente son muy influenciados por los medios de comunicación, las redes sociales en donde se estandariza el cuerpo perfecto, ya que son más vulnerables a presentar dichos trastornos.

Los resultados del cuestionario de Imagen Corporal, indicaron que el programa logró una disminución en la insatisfacción por cada parte de su cuerpo, que presentan los alumnos sobre su imagen corporal, en general las partes del cuerpo más valoradas en ambos sexos son pelo, cara, pecho/tórax, brazo, abdomen, cintura y caderas.

Estos resultados son similares al programa que realizaron Maganto y Cruz (s/f), ya que ambos programas están dirigidos a promover la salud en adolescentes y jóvenes, en donde se trabajaron temas muy similares como trastornos alimenticios, anorexia-bulimia, alimentación e imagen corporal: lo cual no influye en el número de participantes ya que pueden ser modificables, ambos programas están basados en un rango de edad de 11 a 25 años, adaptables para ambos sexos, se puede observar que ambos programas están aplicados por semana lo que hace que se tenga un mayor control y concientización para los adolescentes brindándoles un seguimiento continuo lo que hace eficaz a un programa de salud.

Respecto al trabajo de Escoto, Camacho, Rodríguez y Mejía, (2010), los resultados son muy similares ya que se trabajó con un grupo intervención y un grupo control, en donde para ambos programas en el grupo con intervención los cambios son significativos, ya que se logró disminuir las actitudes negativas hacia la imagen corporal, los instrumentos utilizados son muy similares ya que se utilizó el cuestionario de imagen corporal (BSQ), se puede observar que ambos programas se llevó a cabo la implementaron de diversas sesiones (dos por semana) de 2 horas cada uno, en donde se obtuvo un consentimiento informado, firmado por el padre/tutor y adolescentes para poder participar en el programa, los temas que se abordaron en ambos programas son: imagen corporal e influencia de los medios de comunicación, utilizando el paquete de datos estadísticos (SPSS) y el ANOVA de medidas repetidas en tiempo x grupo.

Por otro lado, en comparación con Lázaro y Comet, (2002), los resultados son similares, ya que se trabajó con adolescentes escolarizados, ambos programas trabajaron con un grupo con intervención y un grupo control, en donde se llevó a cabo la realización de una prepueba y una pospueba, en donde se logró una disminución en el grupo con intervención, para ambos programas se trabajó con una metodología activa y de forma grupal lo que hace que dichos programas tengan una mejor eficacia, los temas llevados a cabo son: alimentación, imagen corporal, autoestima, se llevaron a cabo diferentes sesiones brindadas cada semana de 2 horas, en un horario escolar teniendo una interacción con los adolescente, padres y educadores de la institución.

Al evaluar la relación que existe entre los trastornos alimentarios y la imagen corporal en los adolescentes, se comprobó que las mujeres tienen mayor tendencia hacia este tipo de trastornos y para los hombres, no obstante los trastornos también presentan el riesgo. Tanto en hombres como mujeres se encuentran en una etapa de crecimiento y desarrollo en el que están constantemente evaluándose, es decir, presentan una baja autoestima y se

encuentran insatisfechos con su imagen corporal, lo que los conlleva a realizar conductas de riesgo para bajar de peso.

Dicho programa fue desarrollado e implementado por una Licenciada en Educación para la Salud, así mismo fue evaluado para observar cual fue el impacto que se obtuvo dentro del programa, arrojando resultados positivos para beneficio de los participantes ya que los temas abordados fueron de gran impacto para la comunidad estudiantil.

En el presente programa se observaron cambios significativos con relación a la percepción que se tenía sobre su imagen corporal, ya que los participantes lograron elevar su autoestima.

Se observó que en el grupo con intervención, existió una disminución por la insatisfacción corporal, así mismo la preocupación por su peso disminuyó de una forma favorable.

La comparación de imagen corporal es una conducta inevitable en un contexto natural y tiene mayor interés en la etapa de la adolescencia.

Durante la adolescencia, se sufren una infinidad de cambios físicos y biológicos, considerando los más drásticos los cambios físicos. Y es precisamente a estos cambios a los que menos atención ponemos, cuando se trata de ayudar a un adolescente a realizar una transición exitosa de la adolescencia hacia la adultez, en los cuales se genera una sensación de perplejidad, dudas, miedos y ansiedad que la mayoría de los y las adolescentes superan con éxito. Estos cambios provocan la necesidad de alcanzar una integridad psicológica, coherente con el entorno social en el cual los individuos se desarrollan (Santrock, 2004).

La imagen corporal es la representación del cuerpo que cada persona construye en su mente y la vivencia que tiene del propio cuerpo (Gómez, 2013). Una cosa es

la apariencia física y otra distinta la imagen corporal, personas con una apariencia física pueden sentirse bien con su imagen corporal y de modo contrario, las personas socialmente evaluadas como bellas pueden no sentirse así. La apariencia física es la primera fuente de información en la interacción social, es la realidad física, y sabemos que la fealdad, la desfiguración, la deformación congénita, los traumatismos, etc. aumentan el riesgo de problemas psicosociales de las personas que los padecen.

La ponderación de estereotipos físicos por parte de los medios de comunicación, podría sumarse a la presión social para conformar el ideal de belleza femenino. De aquí que la delgadez se haya convertido también en un sinónimo de salud (Gracia 2001).

Capítulo VI conclusiones

Dada toda la información anterior se puede concluir lo siguiente:

Se acepta la hipótesis nula la cual si logró disminuir la insatisfacción corporal en adolescentes.

La comparación de imagen corporal es una conducta inevitable en un contexto natural y tiene mayor interés en la etapa de la adolescencia.

La mayor preocupación para los hombres y mujeres es realizar ejercicio físico en pro de mejorar su figura más no por mejorar su estado de salud.

El miedo a engordar es una preocupación constante entre las mujeres ya que recurren a diferentes estrategias para evitar dicha situación, que comienzan por ser inofensivas, hasta convertirse paulatinamente en dañinas.

La mayoría de alteraciones en la imagen corporal que se pudieron observar en los adolescentes, es que la mayoría se ve influenciado por las redes sociales, lo cual hace que sea un problema más común en los adolescentes.

El ideal de belleza impuesto por los medios de comunicación, enraizados en la cultura del adelgazamiento, han originado que los individuos manifiesten el anhelo hacía el cuerpo delgado como signo de una "buena salud" corporalmente idealizada.

Los medios de comunicación son el auge principal de dietas extremas o de enfermedades como la anorexia y la bulimia, dando así diversos problemas de salud donde los adolescentes no les dan dicha importancia generalmente los adolescentes quieren parecerse a los artistas de cine que son el prototipo más

común de belleza, lo cual hace que estén a un paso de hacerles parecer perfectas.

Los trastornos alimenticios como la anorexia y bulimia, se derivan de una variedad de problemas físicos, emocionales y sociales. Donde se debe prestar mayor interés. Familiares y amigos pueden ayudar a establecer buenos hábitos de alimentación y hacer comentarios positivos sobre diversos temas de alimentación.

Los resultados obtenidos en la presente investigación de la muestra estudiada independientemente del sexo, nos dice que existe una diferencia estadísticamente significativa del grupo control al grupo intervención, la insatisfacción corporal que presentan los adolescentes son mínimos, esto quiere decir que el programa tuvo un impacto positivo en los adolescentes.

Si bien estas problemáticas atacan a los adolescentes, se ven expuestas en cualquier clase social, en donde la edad y el género han tomado más relevancia para presentar dichos trastornos como anorexia y bulimia.

El educador para la salud es el profesional, capaz de abordar temáticas de prevención enfocadas a cualquier tipo de población, en esta ocasión se trabajó con adolescentes, en donde, se deben innovar nuevas actividades y no solo brindar la información sino que es a través de estrategias de aprendizaje, dinámicas recreativas que a la población le parezca atractivo.

El papel como educadores de la salud, está en la prevención apoyándose en actividades y dinámicas que hagan actuar y pensar a los jóvenes y niños desde actividades que potencian los estilos de vida saludable, dando alternativas desde el tiempo libre y apostando por una formación y valoración integral de la persona.

La Licenciatura en Educación para la salud ayuda o encamina a que el individuo adquiera una serie de hábitos de salud, y un pilar fundamental y básico es la escuela y principalmente la familia o el medio que los rodea.

La Licenciatura en Educación para la Salud es muy importante la cual permite de manera individual y colectiva la toma de concientización y responsabilización de cada individuo, con el fin de que adquieran conocimientos, actitudes y hábitos saludables para su salud, es decir, tratar de responsabilizar al individuo para que poco a poco adopte un estilo de vida lo más sano posible y erradicar con conductas negativas hacia la salud.

En prevención se hace fundamental implicar a la familia, los educadores y compañeros del grupo, de ahí la importancia de potenciar la educación entre iguales: formar a personas que trabajen con jóvenes que presentan algún conflicto personal y que actúan como educadores, coincidiendo en hábitos de vida y en lenguaje.

Se hace fundamental conocer y aceptar las propias posibilidades y limitaciones, así como los cambios físicos y psíquicos como algo natural, tomando conciencia de los cambios continuos y considerando el grado de equilibrio necesario que favorezca un desarrollo integral. Desde el escultismo se presentan valores alternativos a lo externo, belleza exterior, apostando por una valoración integral de la persona.

El Programa de Alteraciones de la Imagen corporal en Adolescentes, incluye la Licenciatura de Educación para la Salud como un ámbito educativo a desarrollar. Entendemos que nuestro cuerpo es el soporte imprescindible para el desarrollo completo de nuestras capacidades. Depende de su cuidado y uso que podamos potenciar estas capacidades intelectuales y físicas al máximo. Para ello debemos aprender su funcionamiento y cómo conservarlo en las mejores condiciones.

Es por ello, la gran importancia de crear programas de educación para la salud que esté dirigido a una población en específico y una temática en específico tomando en cuenta su entorno y centrarse específicamente a la población que vaya dirigido.

En el caso de los adolescentes es muy importante que se creen este tipo de programas de educación para la salud, ya que son el futuro de la sociedad es por ello, que dichos programas permiten el acercamiento y una nueva visión de cómo transmitir información y que no solo sea brindar información y se quede al aire si no al contrario se debe de dar un seguimiento a dichos programas mediante estrategias, dinámicas en fin buscar que la información que se pretenda transmitir y que sea lo más atractiva para el individuo y ser el centro de atención para poder lograr el entendimiento y de esa forma poder interactuar

El programa implementado en la presente investigación, logró un cambio en la disminución, sobre la insatisfacción corporal lo que puede ser de interés para futuras investigaciones.

REFERENCIAS

1. Ageda, A., (2004). Evolución y determinantes de la autoestima durante los años adolescentes. *Anuario de Psicología*, 35(3), 331-346.
2. Alessi, N., (2006). Conducta alimentaria en la sociedad. *Medicina* 39(3), 327-332.
3. Ayensa, J., & Ramos, Y. (2004). Un efecto de los medios de comunicación, en autoestima de chicas adolescentes. *Revista de Humanidades*, 20 (1), 56-77.
4. Baile, J., Raich, R., & Garrido, E. (2003). Evaluación de Insatisfacción Corporal en adolescentes: Efecto de la forma de administración de una escala, *Anales de Psicología*, 19, 187-192.
5. Bassat, L. (1993). Imagen corporal y medios de comunicación. *Comunicar*, 20, 134-177.
6. Behar, A., Gramegna, S., & Arancibia, M. (2014). Perfeccionismo e insatisfacción corporal, en los trastornos de la conducta alimentaria. *Revista Chilena de Neuropsiquiatría*, 52 103-114.
7. Behar, R., Vargas, C., & Cabrera, E. (2011). Insatisfacción corporal en los trastornos de la conducta alimentaria: un estudio comparativo. *Revista Chilena de Neuropsiquiatría*, 49, 26-36.
8. Belch, G. (2001). Promoción y publicidad. *Revista de Integridad de Publicidad*, 20, 102-147.
9. Bercovich, Susana. (2004). Nuevas Formas de subjetivación. *Revista Carta Psicoanalítica*, 1, 134-150.
10. Bighetti, F. (2004). Trastornos alimenticios y anorexia. *Jornal Brasileiro de Psiquiatría*, 53, 339-346.
11. Bobenrieth, M. (2002). Normas para revisión de artículos en Ciencias de la Salud. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 10, 509-523.
12. Branch, H. (1998). Evidence for a disturbance of the body schema in neglect. *Comunicar*, 1, 527 -544.
13. Branden, N. (s/n). Los seis pilares de la autoestima. *Comunicar*, 2, 435-438,

14. Borda, M., Del Rio, C., Torres, I., Avargues, L., & Pérez, A. (s/f). *Prevención de los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) en chicas preadolescentes: eficacia de un programa multisesión e interactivo en el seguimiento a un año*. Consultado en: [http://www.thefreelibrary.com/Prevencion+de+los+trastornos+de+la+conducta+alimentaria+\(TCA\)+en...-a0314254948](http://www.thefreelibrary.com/Prevencion+de+los+trastornos+de+la+conducta+alimentaria+(TCA)+en...-a0314254948)
15. Bulik, C. (2001). Relating body mass index to figural stimuli: Population-based normative data for Caucasians. *International Journal of Obesity*, 25, 1517-1524.
16. Bully, P., Elosua, P., & López, A. (2012). Insatisfacción corporal en la adolescencia: evaluación en una década. *Revista Científica de América Latina, el Caribe, España y Portugal*, 28, 196-202.
17. Camacho, M., García, E., & Rodríguez, I. (2006). Imagen corporal y práctica de actividad física en las chicas adolescentes: incidencia de la modalidad deportiva. *Revista Internacional de Ciencias del Deporte*, 11, 1-19.
18. Carter, J. Stewart, A., Dunn, V., & Fairburn, G. (1997). Primary prevention of eating disorders: Might it do more harm than good. *International Journal of Eating Disorders*, 1, 167-172.
19. Carrión, J. (2014). *Cambios en la adolescencia*. Consultado en: <http://www.reeditor.com/columna/12941/24/psicologia/cambios/sociales/la/adolescencia>.
20. Cash, T. (1997). The nature and extent of body image disturbances in anorexia nervosa and bulimia nervosa: A meta-analysis. *International Journal of Eating Disorders*, 10, 107-125.
21. Caso, J., Hernández, L., & Gonzales, M. (2010). Prueba de Autoestima para Adolescentes. *Comunicar*, 2, 123-126.
22. Castrillón, D., Luna, I., Avendaño, G., & Pérez, A. (2007). Alidación del body shape questionnaire (cuestionario de la figura corporal) bsq para la población colombiana. *Comunicar* 10, 15-23.
23. Castillo, I., & Moncada, J. (s/f). El efecto de la frecuencia de participación en un programa de ejercicios contra resistencia sobre la estima y la satisfacción corporal de mujeres universitarias costarricenses. *Revista Iberoamericana de Psicología del Ejercicio y el Deporte*, 5, 2.

24. Casillas, M., Montaña, N., Reyes, v., Bacardi, M., & Jiménez, A. (2006). A mayor IMC mayor grado de insatisfacción de la imagen corporal. *Revista Biomédica*, 17, 243-249.
25. Castro, M., Ferreira, V., & Chinelato, R. (2013). Imagen corporal en adolescentes. *Revista Científica de Deporte*, 9, 87-100.
26. Cetrato, P. (2011). Trastornos de alimentación, imagen corporal y autoestima adolescente. Universidad Abierta Interamericana Sede Regional Rosario. Consultado en: <http://imgbiblio.vaneduc.edu.ar/fulltext/files/TC111817.pdf>
27. Cohane, G. (2001). Body image in boys: A review of the literature. *International Journal of Eating Disorders*, 29, 373-379.
28. Cruz, S., & Maganto, C. (2002). Alteraciones de la imagen corporal y de la conducta alimentaria en adolescentes: un estudio empírico. *Pisiquis*. 23, 65-72
29. Degrado, D. (2005). Televisión, publicidad y comunicación. *Comunicar*, 1, 25-56.
30. Doltó, F. (1984). *La imagen inconsciente del cuerpo*. Consultado en: <https://mediacionartistica.files.wordpress.com/2014/10/dolto-franc3a7ois-la-imagen-inconsciente-del-cuerpo-ed-paidc3b3s.pdf>
31. Escallón, C. (2015). La disciplina humanizada en los adolescentes: una cara del amor. Consultado en: <https://crianzaysalud.com.co/category/revista-crianza-y-salud/>.
32. Escoto, M., Camacho, E., Rodríguez, G., & Mejía, J. (2010). Programa para modificar alteraciones de la imagen corporal en estudiantes de bachillerato. *Revista Mexicana de los Trastornos Alimentarios*, 8, 27-30.
33. Esnaola, I. (2005). Imagen corporal y modelos estéticos corporales en la adolescencia y la juventud. *Análisis y Modificación de Conductas*, 1, 35, 2-19
34. Espina, A., Asunción, M., Ochoa, I., Yenes, F., & Alemán, A. (2001). La imagen corporal en los trastornos alimentarios. *Pisco tema*, 1, 3, 533- 538.
35. Esteinou, J. (1995). Reseña de medios de comunicación y sistemas informativos. *Estudios sobre las Culturas Contemporáneas*, 1, 166-170.

36. Etxaniz, I. (2005). Imagen corporal y modelos estéticos corporales en la adolescencia y la juventud. *Análisis y Modificaciones de Conducta*, 3, 1, 112-145.
37. Feingold, A. (1998). Gender differences in body image are increasing. *Psychological Science*, 9, 190-195.
38. Estéven, E., Jiménez, T., & Musito, G. (2007). *Relaciones entre padres e hijos adolescentes*. Consultado en: <https://books.google.com.mx/books?hl=es&lr=&id=T9XaFGC6VZ8C&oi=fnd&pg=PA9&dq=%09+Adolescencia+media+de+14+y+16+a%C3%B1os+en+este+per%C3%ADodo+es+m%C3%A1s+marcado+el+distanciamiento+afectivo+de+los+padres&ots=N6focq3LBI&sig=N491M4pdlncpsDurYzzT6Z3p6Us#v=onepage&q&f=false>
39. Fernández, M., Otero, M., Castro C., & Prieto, M. (2003). Hábitos alimentarios e imagen corporal en estudiantes universitarios sin trastornos alimentarios. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 3, 23-33.
40. Fiske, S., Cuddy, A., Glick, P., & Xu, J. (2002). Estereotipos en jóvenes adolescents. *Journal of Personality and Social Psychology*, 82, 878-902.
41. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (2002). *Adolescencia una etapa fundamental*. Consultado en: http://www.unicef.org/ecuador/pub_adolescence_sp.pdf
42. Fondo de emergencia de las naciones unidas para la infancia. Consultado en: http://www.unicef.org/mexico/spanish/ninos_6879.htm.
43. Font, D. (1981). El poder de la imagen. *Comunicar*, 10, 69-110.
44. Frank, T. (2004). Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 2, 55-79.
45. Fundación Ima, (2006). Por la promoción de la salud y la prevención de los trastornos de la conducta alimentaria. Consultado en: <http://www.f-ima.org/es/quienes-somos>
46. Furnham, A., & Imadzu, E. (2002). Gender portrayal in British and Japanese TV advertisements. *Communications*, 27, 319-348.
47. Gadamer, H. (1997). Mito y razón. *Comunicar*, 11, 112-156.

48. Ganahl, D., Prinsen, T. & Netzley, S. (2003). A content analysis of prime time commercials: A contextual framework of gender representation. *Sex Roles, 49*, 545-551.
49. Gempeler, J. (2007). La corporalidad funcional como meta terapéutica en el trabajo cognoscitivo-comportamental de los trastornos de la imagen corporal en los tca: una reconceptualización. *Revista Colombiana de Psiquiatría, 33*, 451-459.
50. Gómez, A. (2013). Relación entre la autopercepción de la imagen corporal y las clases de educación física, según su nivel de intensidad y diversión en alumnos de educación secundaria. *European Journal of Human Movement, 31*, 99-109.
51. Gómez, M. (2009). El género en el cuerpo. *Revista de Antropología, 15*, 56-72.
52. Gracia, M., Ballester, D., Patiño, J., & Suñol, C. (2001). Prevalencia de insatisfacción corporal y de trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes. *International Journal of Clinical and Health Psychology, 1*, 122-154.
53. Grosser, K. (2010). Anorexia: un conflicto entre la niña y la adolescente. la adolescente y su espejo. *Revista Electrónica Publicada por el Instituto de Investigación, 10, 2*, 1-17.
54. Hackett, A. (2008). Trastornos alimentarios en jóvenes adolescentes. *International Journal of Clinical and Health Psychology, 10*, 77-110.
55. Hausenblas, H. (2001). Comparison of body image between athletes and nonathletes: A Meta analytic review. *Journal of Applied Sport Psychology, 13*, 323-339.
56. Kaufman, J. (1999). Attitudinal ambivalence and the conflict between group and system justification motives in low status groups. *Personality and Social Psychology Bulletin, 26*, 293-305.
57. Lázaro, R., & Comet, P. (2002). La prevención de trastornos alimentarios es posible: experiencia del programa escolar controlado del grupo Zarima Prevención. *Revista Psiquiatra, 06*, 5-8.

58. Lemus, H., Moya, I., Bukowk, J., & Lapianez, D. (2008). Nivel de sexismo en consumidores y su valoración sexista de la publicidad. *Suma Psicológica*, 19, 75-88.
59. León, J. (1996). Los efectos de la publicidad. *Comunicar*, 8, 36-77.
60. Levin, E. (2008). La imagen corporal sin cuerpo. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, 10, 91-112.
61. Licerias, M. (2005). Interactions, Activities and Gender in Children's Television Commercials: A Content Analysis. *Journal of Broadcasting & Electronic Media*, 45, 41-56.
62. Loria, V., Gómez, C., Lourenco, T., Pérez, A., Castillo, R., Villavino, M., Bermejo, L., & Zurita, L. (2009). Evaluación de la utilidad de un Programa de Educación Nutricional en Trastornos de la Conducta Alimentaria. *Revista Nutrición Hospitalaria*, 25, 213-220.
63. López, A., Burgos, A., & Moskowich, I. (2008). *Percepción de satisfacción insatisfacción de la imagen corporal en una muestra de adolescentes de Reus (Tarragona)*. Consultado en: <http://www.euskomedia.org/PDFAnlt/zainak/30/30125146.pdf>
64. Mafla, C. (2008). Adolescencia: cambios bio-sicosociales y salud oral. *Revista Científica de América Latina*, 39, 41-57.
65. Maganto, C. (2011). Factores de riesgo o vulnerabilidad asociados a los trastornos de la conducta alimentaria. Consultado en: http://www.infocop.es/view_article.asp?id=3436.
66. Maganto, C., Cruz, S. (s/f) *Taller sobre prevención de trastornos de alimentación en adolescentes: valoración de los participantes*. Consultado en: http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:http://www.sc.ehu.es/ptwmamac/articulos/Taller_PICTA.pdf&gws_rd=cr&ei=W0K-V7qhOsOkmwGI652YDA
67. Martin, J. (1993). Publicidad y medios de comunicación. *Comunicar*, 1, 101-143.
68. Mendizábal, J. & Anzures, B. (1999). La familia y el adolescente. *Revista del Hospital General*, 62, 3, 191-197.

69. Medrano, A., Aierbe, J., & Martínez, M. (2011). Valores percibidos en el medio televisivo por adolescentes en contextos transculturales. *Comunicar*, XIX, 37, 117-124.
70. Melgar, J. (2005). Trastornos de la conducta alimentaria. *Comunicar Educación*, 1, 109-128.
71. Merino, H., Pombo, M., & Gadas, A. (2001). Evaluación de las actitudes alimentarias y la satisfacción corporal en una muestra de adolescentes. *Psico tema*, 13, 539-45.
72. McVey, G., Davis, R., Tweed, S., & Shaw, B. (2004). Evaluación de un programa basado en la escuela diseñado para mejorar la satisfacción con la imagen corporal, la autoestima global, y las actitudes y los comportamientos alimentarios: Un perno de replicación. *Revista Internacional Journal of Eating Disorders*, 36, 1, 1-11.
73. McVey, G., & Davis, R. (2002). Un programa para promover una Imagen Positiva: A 1 año de seguimiento de las evaluaciones. Consultado en: <http://jea.sagepub.com/content/22/1/96.short>.
74. Montero, M., & Jiménez, J. (2008). Imagen corporal percibida e imagen corporal deseada en estudiantes universitarios. *Revista Iberoamericana de Psicología del Ejercicio y el Deporte*, 3, 13-34.
75. Moreira, S., & Mirón, L. (2010). El grupo de amigos en la adolescencia, Relación entre afecto, conflicto y conducta desviada. *Comunicar*, 21, 7-21.
76. Moreno, A., & Ortiz, G. (2009). Trastorno alimentario y su relación con la imagen corporal y la autoestima en adolescentes. *Terapia Psicológica*, 27, 181-190.
77. Oliveira, E. (2006). Perfil psicológico de pacientes con anorexia y bulimia nerviosas. *Medicina*, 39, 353-360.
78. Paccola, G. (2006). Síntomas de anorexia nerviosa y bulimia nervosa. *Medicina, Ribeirão Preto*, 39, 349-352.
79. Pallares, M. (2014). Medios de comunicación. *Revista Interuniversitaria*, 23, 231-252.

80. Pedreira, J., Álvarez, L. (2000). Desarrollo Psicosocial de la adolescencia: bases para una comprensión actualizada. *Documentación Social*, 3-18.
81. Perales, A., Sogi, C., & Morales, R. (2001). Salud mental en los adolescentes. *Anales de la Facultad de Medicina*, 62, 301-311.
82. Pérez, G. (2012). *Adolescencia y Sexualidad*. Consultado en: <http://www.dmedicina.com/familia-y-embarazo/adolescencia/diccionario-de-adolescencia/sexualidad-adolescencia.html>.
83. Pindado, J. (2005). Los medios de comunicación y construcción de la identidad adolescente. *Anales de la Facultad de Medicina*, 21, 11-22.
84. Pineda, G., & Gómez, G. (2006). Estudio piloto de un programa de prevención de trastornos alimentarios basado en la teoría de la disonancia cognoscitiva. *Revista Mexicana de Psicología*, 23, 87-95.
85. Prieto, A., (2010). Cambios en la Adolescencia. Especialidad Competencias. *Docente para la Educación Media Superior*, 1, 4-4.
86. Raich, R. (1996). Adaptación de un instrumento de evaluación, de la insatisfacción corporal. *Clínica y Salud*, 2, 51-66.
87. Raich, R. (2001). Imagen corporal conocer y valorar el propio cuerpo. *España: Ediciones Pirámide*, 1, 24-25.
88. Román, V. & Quintana, M. (2010). Nivel de influencia de los medios de comunicación sobre la alimentación saludable en adolescentes de colegios públicos de un distrito de Lima. *Revista de Investigación UNMSM*, 71, 3, 185-189.
89. Ramos, P., Rivera, f., & Moreno, C. (2010). Diferencias de sexo en imagen corporal, control de peso e Índice de Masa Corporal de los adolescentes españoles. *Psico tema*, 22, 77-83.
90. Rivarola, M., & Penna, F, (2006). Los factores socioculturales y su relación con los trastornos alimentarios e imagen corporal. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, 8, 61-72.
91. Rivarola, M. (2003). La imagen corporal en adolescentes mujeres: su valor predictivo en trastornos alimentarios. *Revista Fundamentos en Humanidades*, 4, 007-008.

92. Robinson, T. (1996). Ethnicity and body dissatisfaction: Are hispanic and asian girls at increased risk disorders. *Journal of Adolescent Health, 19*, 384-393.
93. Rocher, A. (1989). Media as Social Institution, en *American Behavioral Scientist, 48*, 35-41.
94. Rodríguez, C., & Caño, A. (2012). Autoestima en la adolescencia: análisis y estrategias de intervención. *Facultad de Psicología, 11*, 34-54.
95. Rodríguez, S., & Toro-Alfonso, J. (2002). Ser o no ser: la transgresión del género como objeto de estudio de la psicología. *Avances en Psicología Clínica Latinoamericana, 22*, 63-78.
96. Salazar, Z. (2007). Imagen Corporal Femenina y Publicidad en Revistas. *Ciencias Sociales, 11*, 71-85.
97. Salazar, Z. (2008). Adolescencia e imagen corporal en la época de la delgadez. *Reflexiones, 87*, 67-80.
98. Sánchez, I., & Bernal, R. (2012). *Insatisfacción corporal en hombres y mujeres de población rural*. Consultado en: https://www.academia.edu/3640121/Tesis_insatisfaccion_corporal
99. Santander, P. (2013). Influir sobre los medios la tensa relación entre asesores comunicacionales de la élite y periodistas políticos. *Comunicación y Sociedad, 20*, 95-112.
100. Santrock, J. (2004a). Psicología del desarrollo, adolescencia e imagen corporal en la época de la delgadez. *Reflexiones, 87*, 67-80..
101. Sepúlveda, A., Botella, J., & León, J. (2011). La alteración de la imagen corporal en los trastornos de la alimentación: una meta-análisis. *Psicothema, 13*, 7-16.
102. Sepúlveda, A., Carroble, J., Gandarillas, A., Poveda, J., & Pastor, V. (2004). *Evaluación de un programa preventivo en alimentación en población universitaria*. Consultado en: <http://www.psiquiatria.com/bibliopsiquis/assetstore/64/40/71/64407134162970302019065308190137895996>
103. Surani, S. (2012). El suicidio en la pubertad y en la adolescencia. *Revista Latinoamericana de Psicología, 44*, 191-193.

104. Troncoso, C. & Amaya, J. (2009). Factores sociales en las conductas alimentarias de estudiantes universitarios. *Revista Chilena de Nutrición*, 36, 4, 1090- 1097.
105. Toro, J. & Villardell, E. (1987). Anorexia nerviosa. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 2, 439-450,
106. Unicef. (2002). *Una etapa fundamental*. Consultado en: <https://books.google.com.mx/books?hl=es&lr=&id=9ZjGWivzrEUC&oi=fnd&pg=PA1&dq=La+adolescencia+es+una+de+las+fases+de+la+vida+m%C3%A1s+fascinantes+y+quiz%C3%A1s+m%C3%A1s+complejas,+una+%C3%A9poca+en+que+la+gente+joven+asume+nuevas+responsabilidades+y+experimenta+una+nueva+sensaci%C3%B3n+de+independencia.&ots=jltbFhhBCF&sig=h5eFkfZKRZxuypZQqCz60lrSaPE#v=onepage&q=La%20adolescencia%20es%20una%20de%20las%20fases%20de%20la%20vida%20m%C3%A1s%20fascinantes%20y%20quiz%C3%A1s%20m%C3%A1s%20complejas%2C%20una%20%C3%A9poca%20en%20que%20la%20gente%20joven%20asume%20nuevas%20responsabilidades%20y%20experimenta%20una%20nueva%20sensaci%C3%B3n%20de%20independencia.&f=false>
107. UFAC, (2007). La importancia de la planeación didáctica en la labor docente. Consultado en: http://www.uaa.mx/direcciones/dgdp/defaa/descargas/boletin_ago_07.pdf
108. Vaccari, F. (2008). El enigma de la anorexia nerviosa de Hilde BRUCH. *Revista de Asociación Española de Neuropsiquiatría*, XXVIII, 245-247.
109. Vaquero, R., Alacid, F., Mayor, J., & López, P. (2013). Imagen corporal; revisión bibliográfica. *Nutrición Hospitalaria*, 28, 25-35.

ANEXO 1 BSQ



**UNIVERSIDAD AUTONOMA DEL ESTADO DE MÉXICO
UNIDAD ACADEMICA PROFESIONAL NEZAHUALCOYOTL
LICENCIATURA EN EDUCACION PARA LA SALUD**

BSQ- MASCULINO

INSTRUCCIONES

1. Lee cuidadosamente cada pregunta antes de contestarla ya que no hay respuestas “buenas” ni “malas”.
2. Al contestar cada pregunta hazlo lo más verídicamente posible y de manera individual.
3. Específica tu respuesta anotando una “X” en el círculo que corresponda a la opción que más se adecue a lo que piensas o haces.
4. Recuerda que la información que proporcionas será confidencial.

Nombre: _____ _____ Edad: _____ Peso: _____ Talla: _____ Fecha: _____ Folio: _____	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Bastantes veces	Casi siempre	Siempre
1. Cuando no tienes nada que hacer ¿te has preocupado por tu figura?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. ¿Te has preocupado tanto por tu figura que has pensado que tendrías que ponerte a dieta?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. ¿Has pensado que tus brazos, muslos o espalda son demasiado angostos en relación con el resto de tu cuerpo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. ¿Has tenido miedo de engordar?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. ¿Te has preocupado que tu carne no sea lo suficientemente firme?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Sentirte lleno (después de una gran comida) ¿te	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

ha hecho sentir gordo?						
7. ¿Te has sentido tan mal con tu figura que has llegado a llorar?	<input type="radio"/>					
8. ¿Has modificado tu alimentación para aumentar tu masa muscular?	<input type="radio"/>					
9. Estar con chicos musculosos y/ o atléticos ¿te ha hecho fijarte en tu figura?	<input type="radio"/>					
10. ¿Te ha preocupado que tu cuerpo no sea lo suficientemente atlético o musculoso?	<input type="radio"/>					
11. El hecho de comer poca comida ¿te ha hecho sentir gordo?	<input type="radio"/>					
12. Al fijarte en la figura de otros chicos ¿la has comparado con la tuya desfavorablemente?	<input type="radio"/>					
13. Pensar en tu figura ¿ha interferido en tu capacidad de concentración (cuando miras la TV., lees o mantienes una conversación)?	<input type="radio"/>					
14. Estar desnudo (p. Ej. Cuando te bañas) ¿te ha hecho sentir delgado?	<input type="radio"/>					
15. ¿Has evitado llevar ropa que marque tu figura?	<input type="radio"/>					
16. ¿Te has imaginado con un cuerpo atlético o musculoso?	<input type="radio"/>					
17. Comer dulces, pasteles u otros alimentos con muchas calorías ¿te ha hecho sentir gordo?	<input type="radio"/>					
18. ¿Has evitado ir a eventos sociales (p. ej. Una fiesta) porque te has sentido mal con tu figura?	<input type="radio"/>					
19. ¿Te has sentido excesivamente gordo o robusto?	<input type="radio"/>					
20. ¿Te has sentido acomplejado por tu cuerpo?	<input type="radio"/>					
21. Preocuparte por tu figura ¿te ha hecho hacer ejercicio para aumentar tu musculatura?	<input type="radio"/>					

22. ¿Te has sentido más a gusto con tu figura cuando tu estómago está vacío (p. ej. Por la mañana)?	<input type="radio"/>					
23. Has pensado que la figura que tienes se debe a tu falta de ejercicio?	<input type="radio"/>					
24. ¿Te ha preocupado que otra gente vea llantitas alrededor de tu cintura o estómago?	<input type="radio"/>					
25. ¿Has pensado que no es justo que otros chicos sean más musculosos que tú?	<input type="radio"/>					
26. ¿Has vomitado o has consumido laxantes para sentirte más delgado?	<input type="radio"/>					
27. Cuando estás con otras personas ¿te ha preocupado ocupar demasiado espacio (p. Ej. Sentándote en un sofá o en el autobús)?	<input type="radio"/>					
28. ¿Te ha preocupado que tu abdomen no este lo suficientemente marcado?	<input type="radio"/>					
29. Verte reflejado en un espejo o en un aparador ¿te ha hecho sentirte mal con tu figura?	<input type="radio"/>					
30. Te has pellizcado zonas del cuerpo para ver cuánta grasa tenías?	<input type="radio"/>					
31. ¿Has evitado situaciones en las que la gente pudiese ver tu cuerpo (p. Ej. En vestidores comunes de albercas o baños)?	<input type="radio"/>					
32. ¿Has tomado algún producto para aumentar musculatura?	<input type="radio"/>					
33. ¿Te has fijado más en tu figura estando en compañía de otras personas?	<input type="radio"/>					
34. La preocupación por tu figura ¿te ha hecho pensar que deberías hacer ejercicio para adelgazar?	<input type="radio"/>					

ANEXO 2 BSQ



**UNIVERSIDAD AUTONOMA DEL ESTADO DE MÉXICO
UNIDAD ACADEMICA PROFESIONAL NEZAHUALCOYOTL
LICENCIATURA EN EDUCACION PARA LA SALUD**

BSQ- FEMENINO

INSTRUCCIONES

1. Lee cuidadosamente cada pregunta antes de contestarla ya que no hay respuestas “buenas” ni “malas”.
2. Al contestar cada pregunta hazlo lo más verídicamente posible y de manera individual.
3. Específica tu respuesta anotando una “X” en el círculo que corresponda a la opción que más se adecue a lo que piensas o haces.
4. Recuerda que la información que proporciones será confidencial.

Nombre: _____ Edad: _____ Peso: _____ Talla: _____ Fecha: _____ Folio: _____	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Bastantes veces	Casi siempre	Siempre
1. Cuando no tienes nada que hacer ¿te has preocupado por tu figura?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. ¿Te has preocupado tanto por tu figura que has pensado que tendrías que ponerte a dieta?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. ¿Has pensado que tus muslos, cadera o pompas son demasiado grandes en relación con el resto de tu cuerpo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. ¿Has tenido miedo de engordar?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. ¿Te has preocupado que tu carne no sea lo suficientemente firme?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Sentirte llena (después de una gran comida) ¿te	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

ha hecho sentir gorda?						
7. ¿Te has sentido tan mal con tu figura que has llegado a llorar?	<input type="radio"/>					
8. ¿Tratas de no correr para evitar que tu carne se mueva?	<input type="radio"/>					
9. Estar con chicas delgadas ¿te ha hecho fijarte en tu figura?	<input type="radio"/>					
10. ¿Te ha preocupado que tus muslos se ensanchen cuando te sientas?	<input type="radio"/>					
11. El hecho de comer poca comida ¿te ha hecho sentir gorda?	<input type="radio"/>					
12. Al fijarte en la figura de otras chicas ¿la has comparado con la tuya desfavorablemente?	<input type="radio"/>					
13. Pensar en tu figura ¿ha interferido en tu capacidad de concentración (cuando miras la TV., lees o mantienes una conversación)?	<input type="radio"/>					
14. Estar desnuda (p. ej. Cuando te bañas) ¿te ha hecho sentir gorda?	<input type="radio"/>					
15. ¿Has evitado usar ropa que marque tu figura?	<input type="radio"/>					
16. ¿Te has imaginado cortando partes gruesas de tu cuerpo?	<input type="radio"/>					
17. Comer dulces, pasteles u otros alimentos con muchas calorías ¿te ha hecho sentir gorda?	<input type="radio"/>					
18. ¿Has evitado ir a eventos sociales (p. ej. Una fiesta) porque te has sentido mal con tu figura?	<input type="radio"/>					
19. ¿Te has sentido excesivamente gorda o redondeada?	<input type="radio"/>					
20. ¿Te has sentido acomplejada por tu cuerpo?	<input type="radio"/>					
21. Preocuparte por tu figura ¿te ha hecho ponerte a dieta?	<input type="radio"/>					

22. ¿Te has sentido más a gusto con tu figura cuando tu estómago está vacío (p. ej. Por la mañana)?	<input type="radio"/>					
23. Has pensado que la figura que tienes se debe a tu falta de control?	<input type="radio"/>					
24. ¿Te ha preocupado que otra gente vea llantitas alrededor de tu cintura o estómago?	<input type="radio"/>					
25. ¿Has pensado que no es justo que otras chicas sean más delgadas que tú?	<input type="radio"/>					
26. ¿Has vomitado para sentirte más delgada?	<input type="radio"/>					
27. Cuando estás con otras personas ¿te ha preocupado ocupar demasiado espacio (p. ej. sentándote en un sofá o en el autobús)?	<input type="radio"/>					
28. ¿Te ha preocupado que tu carne tenga aspecto de piel de naranja (celulitis)?	<input type="radio"/>					
29. Verte reflejada en un espejo o en un aparador ¿te ha hecho sentirte mal con tu figura?	<input type="radio"/>					
30. Te has pellizcado zonas del cuerpo para ver cuánta grasa tenías?	<input type="radio"/>					
31. ¿Has evitado situaciones en las que la gente pudiese ver tu cuerpo (p. Ej. En vestidores comunes de albercas o baños)?	<input type="radio"/>					
32. ¿Has tomado laxantes para sentirte más delgada?	<input type="radio"/>					
33. ¿Te has fijado más en tu figura estando en compañía de otras personas?	<input type="radio"/>					
34. La preocupación por tu figura ¿te ha hecho pensar que deberías hacer ejercicio?	<input type="radio"/>					

ANEXO 3 PARTES DEL CUERPO “HOMBRE”

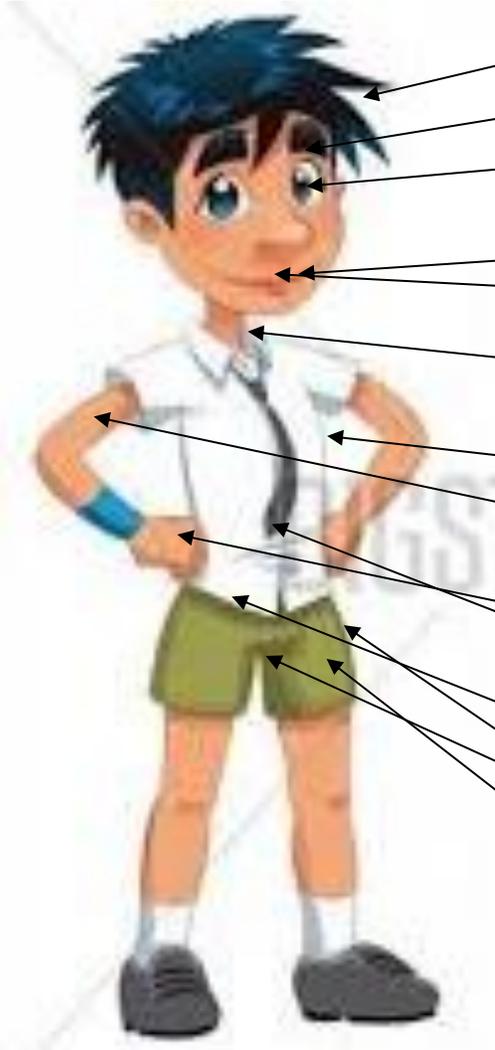


UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO
 UNIDAD ACADÉMICA PROFESIONAL NEZAHUALPACOYOTL
INSATISFACCIÓN CORPORAL EN ADOLESCENTES

Cuestionario para chicos

Instrucciones: Contesta correctamente lo que se te está pidiendo. Marca con una cruz (X), si alguna parte de tu cuerpo representa a o no, un problema estético.

¿Representa un problema para ti



NO	Pelo	SI
NO	Cara	SI
NO	Ojos	SI
NO	Boca	SI
NO	Labios	SI
NO	Cuello	SI
NO	Pecho/ Tórax	SI
NO	Brazos	SI
NO	Manos	SI
NO	Abdomen	SI
NO	Cintura	SI
NO	Genitales	SI
NO	Glúteos	SI
NO	Caderas	SI

Coloca una **(X)** la respuesta que consideras adecuada

Me gustaría ser más alto	SI	NO
Me gustaría pesar más	SI	NO
Estoy de acuerdo con mi talla	SI	NO
Estoy de acuerdo con mi peso	SI	NO
Me gustaría ser más bajo	SI	NO
Me gustaría pesar menos	SI	NO

Nos interesa que hagas una crítica o autoevaluación de tu aspecto físico.

Califica de 0 a 10 las diferentes partes de tu cuerpo.

Un 0 indica que te sientes insatisfecho con aquella parte del cuerpo.

Un 10 indica que estas totalmente de acuerdo con aquella parte del cuerpo

En general, ¿Qué calificación le das a tu aspecto físico (0 a 10)? _____

En general, ¿Qué calificación le dan tus amigos/amigas, valoran tu aspecto físico? (0 a 10) _____



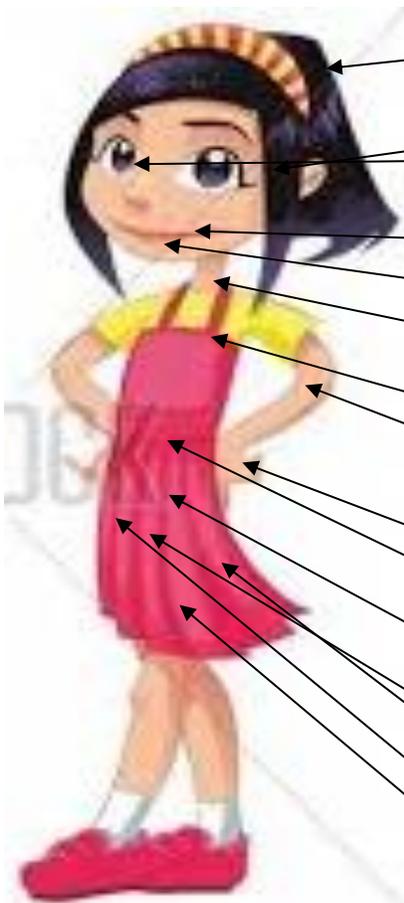
ANEXO 4 PARTES DEL CUERPO “MUJER”

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO
 UNIDAD ACADÉMICA PROFESIONAL NEZAHUALCOYOTL
INSATISFACCIÓN CORPORAL EN ADOLESCENTES

Cuestionario para chicas

Instrucciones: Contesta correctamente lo que se te está pidiendo. Marca con una cruz (X), si alguna parte de tu cuerpo representa a o no, un problema estético.

¿Representa un problema para ti?



NO	pelo	SI
	Cutis	SI
NO	Ojos	SI
NO	Boca	SI
NO	Labios	SI
NO	Cuello	SI
NO	Pecho/ Tórax	SI
NO	Brazos	SI
NO	Manos	SI
NO	Abdomen	SI
NO	Cintura	SI
NO	Genitales	SI
NO	Glúteos	SI
NO	Caderas	SI
NO	Muslo	SI

Coloca una **(X)** la respuesta que consideras adecuada

Me gustaría ser más alto	SI	NO
Me gustaría pesar más	SI	NO
Estoy de acuerdo con mi talla	SI	NO
Estoy de acuerdo con mi peso	SI	NO
Me gustaría ser más bajo	SI	NO
Me gustaría pesar menos	SI	NO

Nos interesa que hagas una crítica o autoevaluación de tu aspecto físico.

Califica de 0 a 10 las diferentes partes de tu cuerpo.

Un 0 indica que te sientes insatisfecho con aquella parte del cuerpo.

Un 10 indica que estas totalmente de acuerdo con aquella parte del cuerpo

En general, ¿Qué calificación le das a tu aspecto físico (0 a 10)? _____

En general, ¿Qué calificación le dan tus amigos/amigas, valoran tu aspecto físico? (0 a 10) _____

ANEXO 5 Consentimiento Informado



UNIVERSIDAD AUTONOMA DEL ESTADO DE MÉXICO
UNIDAD ACADEMICA PROFESIONAL NEZAHUALCOYOTL
LICENCIATURA EN EDUCACION PARA LA SALUD

Grado: _____ Grupo: _____

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Soy estudiante de la Universidad Autónoma del Estado de México, de la Licenciatura en Educación para la Salud, me encuentro realizando actividades meramente escolares con el fin de poner en práctica lo que he aprendido en la asignatura de "Seminario de Titulación I" en la escuela que asiste su hijo (a), a través de actividades en educación para la salud sobre la salud integral del adolescente, mediante un programa que incluye sesiones educativas a estudiantes de la Escuela Secundaria () con el fin de mejorar la calidad y estilo de vida. El objetivo de las prácticas es detectar si existe Insatisfacción Corporal en las y los adolescentes de la institución, para posteriormente diseñar un programa para mejorar y atender las necesidades en el área de salud detectados en los alumnos del plantel. Solicito a través de este documento su autorización para que su hijo(a) participe voluntariamente en prácticas de Educación para la Salud.

Las actividades consisten en contestar un cuestionario (instrumento) que nos permita priorizar e identificar necesidades de salud en los adolescentes así como la ejecución de un programa de Educación para la Salud. La participación o no participación en las actividades de educación para la salud no afectara la nota del estudiante. Se utilizara el registro de la información (fotografías) que ayude al estudio, dichos instrumentos serán resguardados, sin utilizarlo con fines inadecuados.

La participación es voluntaria. Usted y su hijo(a) tiene el derecho de retirar el consentimiento para la participación en cualquier momento sin cuestionar de decisión. El diagnostico no conlleva ningún riesgo, el beneficio que recibirá es

ANEXO 6 Carta de Asentimiento



UNIVERSIDAD AUTONOMA DEL ESTADO DE MÉXICO
UNIDAD ACADEMICA PROFESIONAL NEZAHUALCOYOTL
LICENCIATURA EN EDUCACION PARA LA SALUD

Grado: _____ Grupo: _____

CARTA DE ASENTIMIENTO

Los alumnos de la Esc. Sec. () de _____ grado, grupo _____ estamos de acuerdo en participar en las actividades que se realizara la estudiante de la Universidad Autonoma del Estado de Mexico, de la Licenciatura en Educacion para la Salud.

Estamos enterados que vamos a constar un cuestionario, teniendo como objetivo obtener informacion en relacion a la insatisfaccion corporal en el adolscente, porteriormente nos integramos al programa de Educacion para la Salud, obteniendo conocimientos acerca del cuidado de nuestra salud.

Nuestra decisión es completamente voluntaria, no habra ninguna consecuencia que dañe a nuestra persona, no realizaremos ningun gasto y no recibiremos ningun pago por nuestra participacion.

Nombre de los alumnos

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

5. _____

6. _____

7. _____

8. _____

9. _____

10. _____

11. _____

12. _____

13. _____

14. _____

15. _____

16. _____

17. _____

18. _____

19. _____

20. _____

21. _____

22. _____

23. _____

24. _____

25. _____

26. _____

27. _____

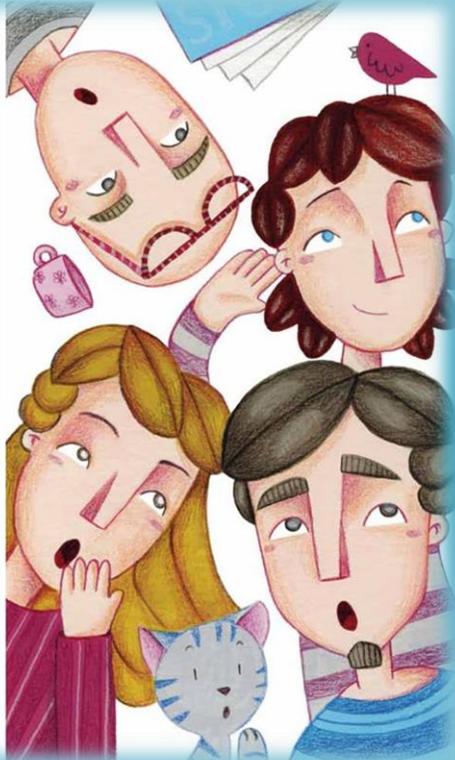
28. _____

29. _____

30. _____

Nombre y firma del profesor

Nombre y firma del EPS aplica



Programa

Alteraciones de la Imagen corporal en Adolescentes

SESIONES



Sesión 1	Presentación del programa
Sesión 2	“MI CUERPO CAMBIA Y MI MANERA DE PENSAR TAMBIÉN”.
Sesión 3	“ESTE ES MI CUERPO Y COMO LO QUIERO LO CUIDO”.
Sesión 4	“YO ME QUIERO Y ME VALORO”.
Sesión 5	“UN PASEO POR MIS ENORMES CUALIDADES”.
Sesión 6	“INICIEMOS UNA BUENA ALIMENTACIÓN”.
Sesión 7	“DE GUSTOS NO HAY NADA ESCRITO”.
Sesión 8	“YO, DESPUES YO Y AL ULTIMO YO”.
Sesión 9	“ACTIVATE A LA VIDA “.

INTRODUCCIÓN

Este manual pretende ser una guía para futuras intervenciones que se lleguen a realizar acerca de la insatisfacción corporal en los adolescentes. Dentro de su contenido se puede observar una serie de sesiones las cuales se pueden ver los aspectos más esenciales para poder ser utilizarlo de una manera muy fácil y práctica.

Cada cultura a lo largo del tiempo ha tenido un estereotipo de imagen corporal. Actualmente, la cultura promueve “la belleza del cuerpo” como meta para conseguir el éxito social. Una consecuencia observable es la importancia que los jóvenes dan a su cuerpo. En el intento por alcanzar el ideal estético se está produciendo un aumento en los casos de trastornos de la conducta alimentaria en la población adolescente. Por ello, los efectos en la salud asociados a una autovaloración de la imagen corporal insatisfactoria han tenido una creciente atención en los últimos años.

La insatisfacción corporal se incluye en la evaluación de las condiciones de salud mental de la población ya que se ha revelado como un buen indicador de diagnóstico en desórdenes alimenticios como la anorexia y la bulimia en población adolescente. Poseer una satisfacción corporal alta disminuye el riesgo de padecer patologías de la conducta alimentaria.

Dicho manual está constituido por ocho sesiones las cuales cada una de ellas está dirigida a tener una satisfacción corporal positiva por medio de fomentar el auto aceptación de uno mismo.

Cada sesión está contemplada por 50 minutos, dirigida a adolescentes de ambos sexos (hombre-mujer), las cuales están constituidas por temas relacionados con la insatisfacción corporal.

Los aspectos esenciales de la insatisfacción corporal son: principales cambios en el adolescente, nutrición, TCA (Trastornos de Conducta Alimenticia), autoestima, factores influyentes como los medios de comunicación, la familia, amigos, etc.

La guía pretende ser un acercamiento al tema de los trastornos del comportamiento alimentario, partiendo de una introducción, (algo teórico, que se a considerado necesaria) centrándose en la práctica, desarrollada a través de distintas fichas didácticas. Estas fichas se clasifican por secciones educativas ya que es idóneo adaptar el contenido y objetivos de las mismas a los adolescentes.

Los trastornos de la alimentación, como muchos ámbitos de la educación para la Salud, no pueden tratarse únicamente desde lo específico, sino haciendo una prevención desde el grupo de iguales, y la formación integral de la persona, sin necesidad de nombrar los peligros de la enfermedad y huyendo de mensajes negativos que puedan resultar contraproducentes.

Las fichas didácticas no pretenden ser un "recetario mágico" que se pueda aplicar a cualquier grupo y en cualquier momento, sino ofrecer herramientas para construir aquello que las circunstancias y el grupo demanden. Las dinámicas y actividades son para adaptarlas, encontrando en cada momento la más apropiada.

Se pretende dar soluciones cuando estos trastornos estén manifiestos, facilitando la información apropiada, al igual que canalizarlos a un centro de tratamiento específico por profesionales.

¿Qué podemos hacer como educadores en salud?

El Programa, incluye la Educación para la Salud como un ámbito educativo a desarrollar. Entendemos que nuestro cuerpo es el soporte imprescindible para el desarrollo completo de nuestras capacidades. Depende de su cuidado y uso que podamos potenciar estas capacidades intelectuales y físicas al máximo. Para ello debemos aprender su funcionamiento y cómo conservarlo en las mejores condiciones.

Se hace fundamental conocer y aceptar nuestras propias posibilidades y limitaciones, así como los cambios físicos y psíquicos como algo natural, tomando conciencia de los cambios continuos y considerando el grado de equilibrio necesario que favorezca un desarrollo integral. Desde el escultismo se presentan valores alternativos a lo externo, belleza exterior, apostando por una valoración integral de la persona.

Nuestro trabajo debe incluir la aceptación de diversas formas corporales, los cambios en el cuerpo durante la adolescencia, aprender lo que es una nutrición adecuada, los efectos negativos de dietas incontroladas y de ejercicio físico excesivo, ser enseñados a interpretar los mensajes publicitarios y a criticar los estereotipos sociales.

En prevención se hace fundamental implicar a la familia, los educadores y compañeros del grupo, de ahí la importancia de potenciar la educación entre iguales: formar a personas que trabajen con jóvenes que presentan algún conflicto personal y que actúan como educadores, coincidiendo en hábitos de vida y en lenguaje.

El papel como educadores de la salud, está en la prevención apoyándose en actividades y dinámicas que hagan actuar y pensar a los jóvenes y niños desde

actividades que potencian los estilos de vida saludable, dando alternativas desde el tiempo libre y apostando por una formación y valoración integral de la persona.

Como educador no olvidar:

Algunas reflexiones:

* La realidad es que se ha producido un desplazamiento de algunos valores sociales por otros, establecidos desde la cultura de masas y del consumismo, destacando:

La cultura del éxito como bien supremo que se identifica con la felicidad y al que se debe aspirar a cualquier precio.

La exaltación del culto al cuerpo vinculada a la cultura unisex, ha creado el estereotipo de la extrema delgadez, asociada a la belleza y éxito, y en el caso de la mujer, a la negación de lo femenino, originando una imagen de mujer andrógina.

La juventud como valor al que rendir culto. La floreciente y poderosa industria de la belleza, la moda, cosméticos, dietas, cirugía estética, gimnasios, incluso algunos juguetes ejercen una enorme influencia al definir, legitimar y propagar, a través de los medios de comunicación, un modelo corporal de belleza que glorifica la eterna apariencia de juventud.

* La publicidad debe pretender informar al público de un determinado mensaje comercial, pero abusa de la figura de un estereotipo de mujer y hombre como reclamo publicitario.

* Frente a la normalidad nos encontramos con prototipos idealizados, cuya delgadez se identifica erróneamente como actividad y suficiencia. En el mundo laboral existe un rechazo hacia las personas, y especialmente las mujeres, con medidas y peso superiores a los modelos estéticos impuestos.

* Consultar y contactar con centros de salud y asociaciones específicas como recursos para ayudar a encauzar el problema a enfermos y familias, derivándolo en cada caso a los centros oportunos.

Pautas metodológicas:

* Orientar a los educandos y a uno mismo que en el caso de querer adelgazar se debe consultar con un médico, no dejándose llevar por dietas milagrosas que invitan a adelgazar y a rendir culto al cuerpo aparecidas en revistas y anuncios publicitarios.

* Enseñar a los educandos a llevar una vida saludable, a través de hábitos de alimentación sanos y actividades físicas adecuadas a sus facultades y posibilidades.

* Ayudar con la comprensión y confianza a conocer su propia realidad biológica y psíquica, sus capacidades y limitaciones, infundiendo seguridad de forma que puedan sentirse a gusto consigo mismos y se acepten como realmente son.

* Propiciar valores fundamentales que fomenten una visión integral de la persona, radicando en sus cualidades, actitudes y comportamientos y no basada únicamente en su aspecto físico.

* En muchos casos aportar información concreta sobre los síntomas, cambios, y otros detalles sobre la anorexia y bulimia nerviosas, puede ser contraproducente al fin que se pretende conseguir, ya que se aumentan los efectos positivos a corto plazo: control de la ingesta alimentaria, mantenimiento de peso socialmente deseable, minimizando los efectos a largo plazo.

PRESENTACIÓN DEL PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE LA INSATISFACCIÓN CORPORAL EN ADOLESCENTES

Duración:	Destinatarios/as	Sesión: 1
1 Hora	Adolescentes	

Descripción

En la primera sesión del taller se pretende dar información a los adolescentes y maestro acerca de que se va a tratar el taller. Así como la explicación del consentimiento informado y asentimiento informado para la autorización de los padres para que lo adolescentes participen en el programa de insatisfacción corporal.

Objetivos

- ❖ Explicar a los adolescentes que es un licenciado en educación para salud
- ❖ Informar acerca del programa de insatisfacción corporal
- ❖ Analizar que es un consentimiento informado y asentimiento informado
- ❖ Informar la importancia que tiene el taller
- ❖ Cuestionarios

Contenidos

- ❖ Presentación del Educador para la Salud
- ❖ Presentación del programa de insatisfacción corporal
- ❖ Importancia del consentimiento informado y asentimiento informado
- ❖ Explicación de las secciones a tratar en el programa
- ❖ Cuestionario

Desarrollo

El educador para la salud, se presentaran ante la escuela secundaria pasando con el personal administrativo para pedir la autorización de poder trabajar con los adolescentes.

Después de haber obtenido la autorización, el educador para la salud llega al salón y se presentaran de forma agradable y cordial con el profesor y los alumnos, dando la importancia del programa a trabajar en ese grupo.

Descripción del programa de insatisfacción corporal.

Se les explicara a los alumnos que es un consentimiento informado y un asentimiento informado, para que los padres de familia o tutores estén conscientes de lo que se va a trabajar con sus hijos. Al término de la explicación la Lic. En educación repartirá a cada alumno un consentimiento informado.

Una vez que todos los alumnos tengan el consentimiento informado se le pedirá la ayuda de cinco alumnos para que lean un párrafo del consentimiento informado. Así mismo se dará la explicación de que es importante que estén firmados por sus padres o tutores para que puedan tener acceso al programa que se llevara a cabo para la autorización o no del alumno.

Al término de la explicación del consentimiento informado la Lic. En educación para la salud explicara que es un asentimiento informado y así mismo pasara con cada alumno para que pongan su nombre y así poder tener un orden de los adolescentes a trabajar.

Después de informar a los alumnos del programa se les entregara un cuestionario para la evaluación de la insatisfacción corporal.

El educador para la salud se despedirá de los alumnos agradeciendo su atención y por último se responderán algunas dudas y aclaración que se tengan.

Preparación

Adquirir los materiales adecuados

Materiales

Copias de consentimiento informado

Copias de asentimiento informado

Copias del cuestionario

“MI CUERPO CAMBIA Y MI MANERA DE PENSAR TAMBIÉN”.

Duración:	Destinatarios/as	Sesión: 2
1 Hora	Adolescentes	

Descripción

Pretender que cada participante obtenga la información necesaria acerca de los principales cambios en la adolescente.

Objetivos

- Dar a conocer los principales cambios que ocurren en la adolescencia tanto en hombres como en mujeres.

Contenidos

- ¿Qué es la adolescencia?
- ¿Qué es la pubertad?
- Principales cambios que ocurren en la adolescencia
- Cambios en los hombres y la mujer

Desarrollo

El educador para la salud, llegara al salón y se presentaran de forma agradable y cordial con el profesor y los alumnos, se hablara sobre la importancia de la licenciatura.

Posteriormente se realizarán una dinámica la cual consiste en que los alumnos se tienen que colocar el círculo, el facilitador tomara una bola de estambre y dirá su nombre, su edad y que le gusta hacer, posteriormente lanzara el estambre a un alumno pero sin soltar el hilo de estambre. El alumno que tenga la bola de estambre contestara a la misma pregunta y así sucesivamente se formara una telaraña.

Al finalizar la dinámica tomaran asiento los alumnos y se comenzara a explicar el tema de la sesión apoyándose en un infograma y se retomara el tema de adolescencia y pubertad.

La adolescencia

La adolescencia es un periodo de la vida que transcurre entre la infancia y la edad adulta. Lo que caracteriza fundamentalmente a este periodo son los profundos cambios físicos, psicológicos, sexuales y sociales que tienen lugar en esos años. Es imposible establecer la franja exacta de edad en la que transcurre la adolescencia pero la Organización Mundial de la Salud considera que esta etapa va desde los 10 a los 19 años.

Etapas difíciles

Todos esos cambios que viven los adolescentes hacen que en muchos casos sea un periodo difícil tanto para ellos como para sus familias. Pero a la vez es una etapa apasionante. El que antes era un niño ahora está madurando para convertirse en un adulto. Está descubriendo el mundo del que forma parte. Los que están cerca del adolescente, sobre todo sus padres, vivirán todos esos cambios con cierta inquietud pero deben saber que ellos pueden hacer mucho.

Cambios físicos

Los principales cambios físicos de la adolescencia son, por una parte, cambios en el aparato reproductor, en las mamas de las niñas y en los genitales de los niños; la aparición de vello corporal y un periodo de crecimiento rápido que dura entre 3 y 4 años.

Cambios sexuales

La primera etapa de la adolescencia se conoce también como pubertad. Es en este periodo cuando se produce la diferenciación entre el organismo femenino y el masculino. Además la pubertad se inicia en las niñas con la menstruación y, por lo tanto, con el comienzo de la posibilidad de reproducción sexual.

Cambios psicológicos

La adolescencia es un periodo en el que se producen muchos cambios hormonales en el organismo. Esos cambios hormonales son los que provocan la transformación física en el cuerpo de los adolescentes pero también sus alteraciones emocionales.

Cambios sociales

Otro de los cambios fundamentales de la adolescencia es la importancia que adquieren los amigos. Nuestros hijos adolescentes necesitan formar parte de un grupo de iguales para ir construyendo su propia identidad. Comenzarán a pasar mucho más tiempo con ellos y menos con su familia, pero esa es también una forma de irse preparando para el futuro. Como en el resto de las transformaciones que tienen lugar en la adolescencia, los padres deben estar atentos a esta y saber muy bien quiénes son los amigos de sus hijos.

La pubertad

La pubertad es el periodo en el que ocurren los cambios físicos en el organismo que lo hacen capaz de reproducirse sexualmente. Coincide con la primera etapa de la adolescencia y, como en esta, no hay una edad fija para su comienzo. El inicio de la pubertad dependerá de diversos factores, los principales son la genética, es decir cuándo tuvieron su pubertad los padres, y la zona geográfica de dónde se procede, en los países cálidos la pubertad es más temprana que en los países más fríos. Pero en general, para las niñas el inicio ocurre entre los 8 y los 14 años y, en los niños entre los 9 y los 15 años.

Cambios corporales en las chicas

- Crecimiento del vello púbico.
- Crecimiento de los pechos. Este cambio comienza con una ligera inflamación bajo el pezón que en ocasiones puede provocar alguna molestia. En algunas niñas un pecho crece antes que otro por lo que se produce una asimetría que suele corregirse con el final de la pubertad.

- Cambios en la vagina, el útero y los ovarios.
- Inicio de la menstruación. Durante la pubertad tiene lugar el primer sangrado de las chicas. Los primeros ciclos no suelen ser regulares y también es posible que en esos primeros ciclos no se produzca ovulación por lo que la niña no será fértil, aunque hay veces que sí lo son desde la primera menstruación. Lo más habitual es que la primera menstruación tenga lugar entre 18 meses y dos años después del comienzo del desarrollo de los senos.
- Redistribución de la grasa corporal. La grasa se distribuye principalmente en los pechos, las caderas, los muslos y los brazos.
- Crecimiento del vello corporal.
- Aumento de la estatura. Lo primero que crece son los pies y las piernas. Y durante este periodo el cuerpo humano alcanza su velocidad máxima de crecimiento que puede llegar a entre 7 y 12 centímetros anuales.
- Olor corporal. También comienza en este periodo a producirse olor corporal. La mayor producción de hormonas provoca cambios en la composición de la transpiración y, lógicamente, en su olor.
- Aumento de la secreción de sebo en la piel. En muchas ocasiones, este aumento de la producción de sebo en la piel es causa de la aparición de acné.

Cambios corporales en los chicos

- Crecimiento de los testículos.
- Crecimiento del vello púbico.
- Crecimiento del vello corporal. En los chicos comienza a crecer el vello en axilas, rostro, piernas, brazos y pecho.
- Crecimiento del pene.
- Cambio de la voz. Durante la pubertad, las cuerdas vocales de los chicos se hacen más gruesas por lo que se modifica el tono de voz. Este cambio suele tener lugar alrededor de los 14 años.

- Aumento de la musculatura. Los hombros se ensanchan y, en general, todo el cuerpo se vuelve más musculoso.
- Aumento de la estatura. Lo primero que crece son los pies y las piernas. Y durante este periodo el cuerpo humano alcanza su velocidad máxima de crecimiento que puede llegar a entre 7 y 12 centímetros anuales.
- Olor corporal. También comienza en este periodo a producirse olor corporal. La mayor producción de hormonas provoca cambios en la composición de la transpiración y, lógicamente, en su olor.
- Aumento de la secreción de sebo en la piel. En muchas ocasiones, este aumento de la producción de sebo en la piel es causa de la aparición de acné.

Efectos emocionales

Vivir una serie de cambios tan profundos afecta mucho a la mayoría de los adolescentes. Más cambios de humor, mayor irritabilidad y mayor sensibilidad están generalmente asociados a este periodo de la vida. Los padres deberán estar atentos para prevenir trastornos graves como la depresión.

¿Cuánto dura la pubertad?

Igual que el comienzo de ella, el final de la pubertad es muy variable. En algunos casos todos los grandes cambios corporales se producen en dos años aunque hay chicas o chicos en los que esta etapa se extiende durante más tiempo y puede llegar a durar hasta cinco años.

Al finalizar de la exposición se realizara una lluvia de ideas para reforzar lo aprendido, así como también se entregara un material el cual contiene una actividad de reforzamiento que deberá contestar el alumno (**Anexo1**).

Por último se les pedirá de tarea a cada alumno que le realicen 5 preguntas a sus padres acerca de cómo ellos percibieron los cambios físicos en la adolescencia en la adolescencia. Las preguntas serán abiertas.

Para finalizar la sesión el educador se despedirán dando las gracias por su atención y posteriormente se retirara del salón

Preparación

Adquirir los materiales necesarios para la sesión

Materiales

- Infograma
- Material de apoyo
- Plumaz lápices
- Pegamento
- Plumones

Evaluación

Se proporcionara un cuestionario el cual ayudara a evaluar lo aprendido (**Anexo 2**)

Tarea: Los alumnos deberán investigar ¿Qué es la imagen corporal?

Fuente

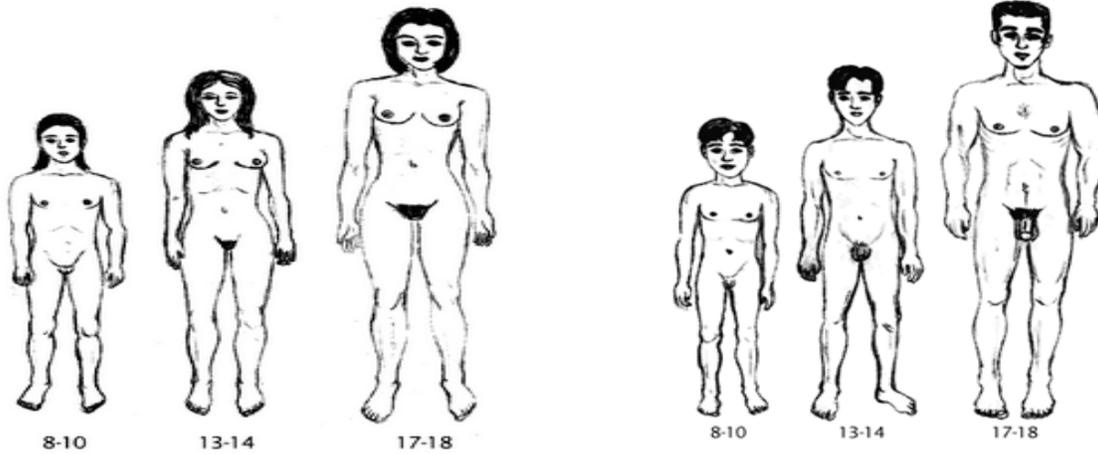
ADOLESCENCIA Patricia Weissmann Universidad Nacional Mar del Plata, Argentina

http://www.ict.edu.mx/acervo_humanidades_psicologia_Adolescencia.pdf

(Anexo 1)

ADOLESCENCIA / PUBERTAD

Nombre: _____ **Edad:** _____



¿Crees que los cambios que ocurren en la adolescencia afectan tu vida diaria? SI / NO ¿por qué?

(Anexo 2)

Instrucciones: Contesta las siguientes preguntas de acuerdo a lo expuesto por los educadores para la salud

1. ¿Qué es la adolescencia?

2. ¿Qué es la pubertad?

3. ¿Cuáles son los principales cambios que ocurren en una mujer?

4. ¿Cuáles son los principales cambios que ocurren en un hombre?



ESTE ES MI CUERPO Y COMO LO QUIERO LO CUIDO

Duración:

1 Hora

Destinatarios/as

Adolescentes

Sesión: 3

Descripción

Pretender que cada participante sea capaz de identificar los efectos de los medios de comunicación en la imagen corporal.

Objetivos

- Identificar los efectos de los medios de comunicación sobre la imagen corporal.
- Informar cómo los medios de comunicación influyen en la imagen corporal y de qué manera podemos prevenir trastornos de conducta alimenticia y baja autoestima.

Contenidos

- Medios de comunicación e impacto en la comunidad adolescente.
- Personalidades famosas de la T.V y Redes Sociales como modelos culturales.

Revisión de Tarea: Antes de iniciar con la sesión correspondiente, el educador para la salud les pedirá a los alumnos que se hará la revisión de la tarea. Los alumnos deberán participar anotando en el pizarrón una palabra clave de su definición de imagen corporal.

Desarrollo

El educador para la salud, llegaran al salón y se presentaran de forma agradable y cordial con el profesor y los alumnos. Posteriormente se les pedirá a los alumnos la tarea de la sesión pasada.

Posteriormente se explicara el motivo de la sesión, Pretender que cada participante sea capaz de identificar los efectos de los medios de comunicación en la imagen corporal. A continuación se entregara un tríptico como material de apoyo el cual contienen imágenes e información alusivas al tema. **(Anexo. 1)**

El educador para la salud comenzara a exponer apoyándose en un infograma, donde se hablara del tema:

Medios de comunicación e impacto en la comunidad adolescentes.

La imagen corporal incluye muchas cosas como por ejemplo la manera en la cual nos percibimos a nosotros mismos, como nos sentimos en nuestros cuerpos y como nos sentimos con nuestros cuerpos. La imagen corporal es algo que aprendemos y que cambia constantemente. Incluso aquellos de nosotros que tenemos una imagen positiva de nuestros cuerpos, tenemos días en los cuales no nos sentimos tan seguros.

Aun cuando es normal sentirse incómodo algunas veces con nuestros cuerpos, es importante enfrentarse a estos sentimientos. Un sentimiento negativo acerca de nuestro cuerpo que no sea atendido puede llevarnos a tener una baja auto-estima, desórdenes alimenticios, comportamientos opresivos hacia nosotros mismos y hacia otros y finalmente, puede llevarnos a tener poca preocupación sobre nuestra salud y bienestar.

Concepto de Belleza

Es fundamental el concepto de belleza en la cultura que uno se desarrolla. La cultura nos enseña qué es lo bello y qué es lo feo. A lo largo de la historia esta concepción ha sido diferente, y en la actualidad las distintas sociedades que existen marcan patrones físicos, de imagen corporal y de belleza "ideales".

En nuestra cultura, actualmente, se valora positivamente la esbeltez, y se rechaza la obesidad. La presión en la mujer es mucho mayor que sobre los hombres, aunque a ellos cada vez más se les “exige” determinado físico. Han de ser altos, fuertes, con espalda ancha, pecho musculoso y bíceps desarrollados, y sus facciones bien definidas.

En este sentido, los ídolos que se escogen en la adolescencia juegan un gran papel en el proceso de la construcción de la personalidad, ya que ellos se convierten en modelos de los que se toman características que se admiran y que son consideradas por cada individuo como las adecuadas para relacionarse socialmente.

En cada tema se dará un breve espacio para reproducir los videos y poder comentarlos. Al terminar de exponer el tema, se proporcionara a los alumnos un cuestionario de 4 preguntas (**Anexo 2**), que contestaran individualmente para poder evaluar la sesión. Para finalizar la sesión se leerá en el salón una frase de motivación “*Empieza haciendo lo necesario, después lo posible, y de repente te encontrarás haciendo lo imposible.*” - San Francisco de Asís, se da las gracias por la atención prestada y se despedirá cordialmente.

Por último se les dejar una pregunta de tarea a cada alumno ¿Cuáles son los medios de comunicación que utilizas en tu vida diaria y como afectan en tu imagen corporal?

Preparación

Adquirir los materiales necesarios para la sesión

Materiales

- Imágenes
- Plumones
- Copias del material de apoyo
- Proyector

Evaluación

Se proporcionara un cuestionario el cual contiene cuatro preguntas las cuales ayudaran a identificar lo aprendido en la sesión (**Anexo 2**).

Tarea: Se les pedirá a los alumnos recortar de una revista o periódico un anuncio publicitario donde se observe una artista o alguna persona promocionando un producto.

Fuente

<https://www.youtube.com/watch?v=cN95JVx1SRM>

<https://www.youtube.com/watch?v=VjY2hzlqt7E>

Medios de comunicación, como intervinientes en la incidencia de conductas de riesgo que predisponen a la AN y BN.

(Anexo 1)

Aún cuando es normal sentirse incómodo algunas veces con nuestros cuerpos, es importante enfrentarse a estos sentimientos.

Un sentimiento negativo acerca de nuestro cuerpo que no sea atendido puede llevar a tener una baja auto-estima, desórdenes alimenticios, comportamientos opresivos hacia nosotros mismos y hacia otros y finalmente, puede llevarnos a tener poca preocupación sobre nuestra salud y bienestar.

**HOY
NO HAY FOTO
PORQUE NO TENGO GANAS
DE NADA**



**VIVE
FELIZ
Y
SONRIE
SIEMPRE**



Universidad Autónoma del
Estado de México
Unidad Académica
Profesional Nezahualcoyotl

Licenciado en Educación para la Salud

**ESTE ES MI
CUERPO Y COMO
LO QUIERO LO
CUIDO**



Eres Especial



La imagen corporal

La imagen corporal incluye cosas como por ejemplo la manera en la cual nos percibimos a nosotros mismos y como nos sentimos en nuestros cuerpos .



Muchos de nosotros hemos sentido desconfianza e inseguridad acerca de nuestro cuerpo en algún momento de nuestras vidas. Estos sentimientos están frecuentemente alimentados por percepciones tanto reales como ficticias, de nuestros amigos, familia, de nosotros mismos y de los medios de comunicación acerca de cómo deberíamos vernos.



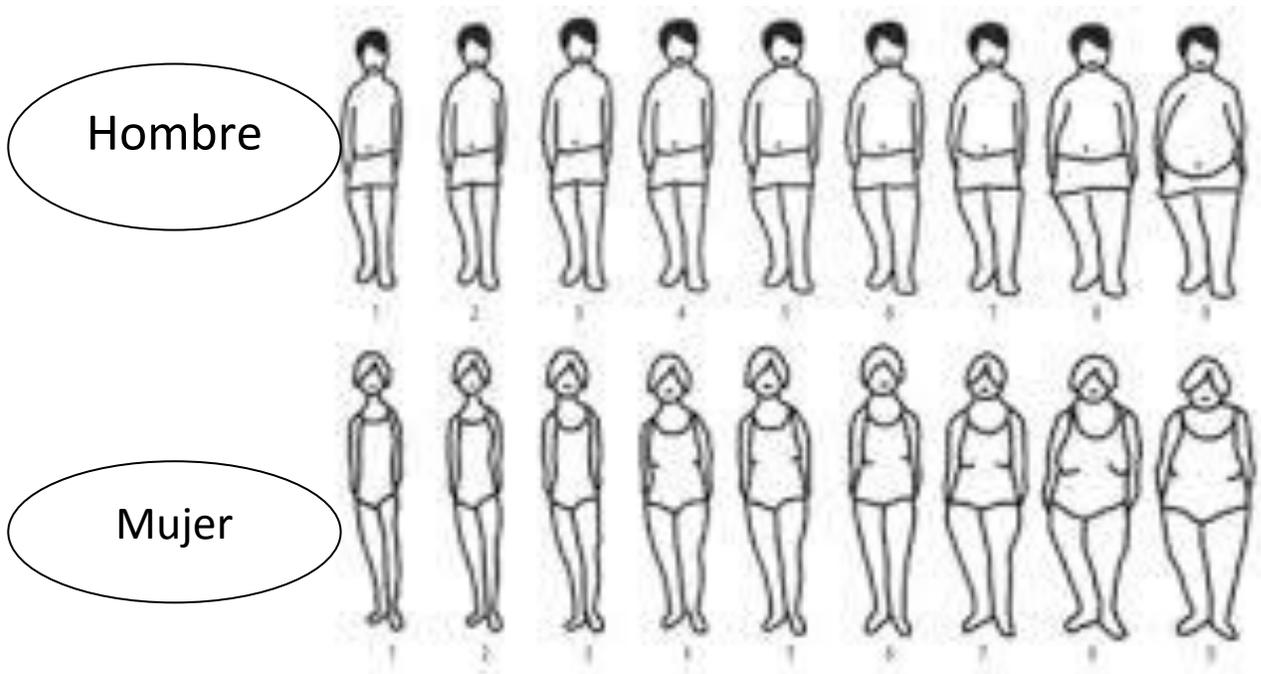
Maneras de crear un mundo orientado hacia una percepción positiva del cuerpo

- Motiva comentarios positivos y trata de evitar comentarios negativos, acerca del cuerpo de las otras personas o del tuyo propio.
- Reflexiona acerca de las ideas establecidas de como el cuerpo debe verse de acuerdo al sexo. Como por ejemplo: "las mujeres deben ser delgadas" o "los hombres deben ser musculosos".
- Recuerda que no todo lo que vez es real (La Tv, las Redes Sociales o Videos musicales son parte ficción y realidad)

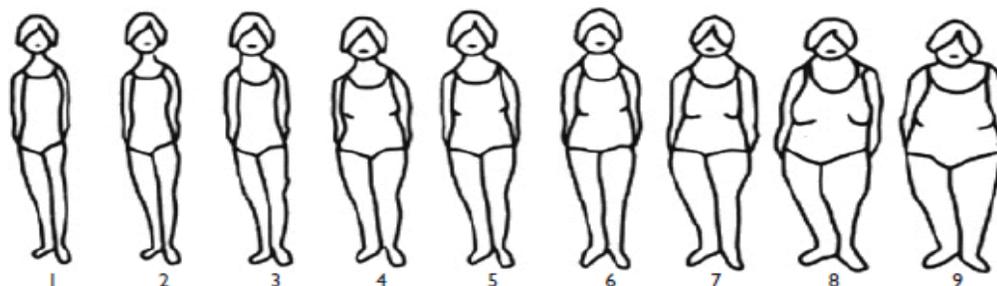
(Anexo 2)

Nombre: _____ Edad: _____

- Encierra la figura que te gustaría tener.
- Colorea la imagen que mejor refleja tu figura.
- Coloca una x ¿Cuál es la figura ideal que nos transmiten los medios de comunicación y la publicidad?
- Coloca una (E) ¿cuál es la figura que crees más adecuada para la práctica de actividad físico-deportiva?



Escala evaluativa



Los modelos se clasificaron de acuerdo con los criterios de IMC, categorizándolos de la siguiente manera:

Modelo 1: desnutrición 3
Modelo 2: desnutrición 2
Modelo 3: desnutrición 1
Modelo 4: normal
Modelo 5: sobrepeso

Modelo 6: obesidad 1
Modelo 7: obesidad 2
Modelo 8 y 9: obesidad 3

FIGURA 1. OPCIONES DE FIGURAS PRESENTADAS A LAS MUJERES ENCUESTADAS²⁵

YO ME QUIERO Y ME VALORO

Duración:

1 Hora

Destinatarios/as

Adolescentes

Sesión: 4

Descripción

Explorar como los modelos de belleza que los medios de comunicación imponen a través de sus mensajes, pueden influir en conductas de riesgo como (TCA).

Objetivos

- Conocer sobre los trastornos alimenticios como Anorexia y Bulimia.
- Identificar indicadores de conductas alimentarias (deseos de adelgazar).

Contenidos

- Anorexia Nerviosa, signos y síntomas.
- Bulimia Nerviosa, signos y síntomas.
- Vigorexia, signos y síntomas.

Revisión de Tarea: Antes de comenzar la sesión correspondiente se revisará la tarea, donde los alumnos sacarán su recorte solicitado y describirán el físico de la persona que se observa en el anuncio.

Desarrollo

El educador para la salud se presentará en el salón cordialmente. Posteriormente se les pedirá a los alumnos la tarea que se dejó en la sesión pasada.

Se les pedirá a los alumnos que se levanten de sus lugares para realizar ejercicios de estiramiento muscular como flexión de piernas de brazos y cuello (**Anexo 1**). Posteriormente después de la actividad ya en sus lugares se les entregará una hoja con información e imágenes trascendentes sobre el tema (**Anexo 2**).

El educador comenzara explicando el tema de la sesión:

Anorexia Nerviosa

La anorexia nerviosa es un desorden alimenticio y psicológico a la vez. Esta condición va más allá del control del peso: el enfermo inicia un régimen alimenticio para perder peso hasta que esto se convierte en un símbolo de poder y control. De esta forma, el individuo llega al borde de la inanición con el objetivo de sentir dominio sobre su propio cuerpo.

Las características esenciales de este trastorno son la distorsión de la imagen corporal, sin reconocer el progreso de la delgadez y el sentimiento general de ineficacia personal. Al principio es sólo una cuestión de grados lo que diferencia a la anoréxica/o de los demás: ante un fracaso o siguiendo el consejo de una amiga surge el deseo de perder peso. Se ponen a dieta y se convierten en grandes expertas en el mundo de la dietética, siguiendo unas consignas mucho más duras y rígidas que las de sus amigas. Cuando las demás han dejado de hacer dieta, la persona con anorexia continúa.

Diagnóstico

La anorexia nerviosa es un desorden difícil de diagnosticar debido a que el paciente esconde y niega su condición de enfermo. Rara vez el individuo anoréxico buscará ayuda pues la pérdida de peso en sí no es vista como un problema. El diagnóstico actual se realiza solamente cuando aparecen otras complicaciones médicas como la amenorrea o problemas gástricos y se basa en cuatro criterios básicos:

- La negación del individuo a mantener el peso del cuerpo cercano a su ideal, según su estatura y edad.
- Un miedo intenso a engordar, aunque el peso sea inferior a lo normal.
- El auto percepción se distorsiona y el individuo no reconoce o asume la extrema pérdida de peso.
- Finalmente, en mujeres que ya tienen su ciclo menstrual, existe una alta probabilidad de amenorrea (suspensión de la menstruación).

Bulimia Nerviosa

Para las personas con bulimia, que afecta diez veces más a las mujeres que a los hombres, la comida es una adicción placentera y autodestructiva.

Es un desorden alimenticio. Esta enfermedad se caracteriza por episodios secretos de excesiva ingestión de alimentos, seguidos por métodos inapropiados para controlar el peso como el vómito auto inducido.

Este trastorno se caracteriza por la sensación de pérdida de control sobre la cantidad de alimento que uno toma. Algunos de sus síntomas son los atracones frecuentes con sentimientos de tristeza y culpa, vómitos posteriores a un atracón, esconder alimentos y comer a escondidas, historia de dietas y fluctuaciones importantes en el peso, y preocupación extrema por la figura y el peso. Hay personas que no se ajustan a todos estos criterios pero pueden tener pautas alimentarias bulímicas.

Diagnóstico

A pesar de que la negación y secretismo complican el diagnóstico de la bulimia, existen cinco criterios básicos para identificar esta enfermedad:

- Frecuentes episodios de ingesta abusiva de alimentos. En este caso, el paciente suele comer cada dos horas una cantidad de comida superior a la que cualquier persona normal desearía.
- Un sentimiento de falta de control durante este episodio o, en su defecto, la sensación de que no puede evitar la necesidad de comer.
- Además de la comida desmesurada, existe un comportamiento compensatorio inapropiado para evitar el aumento de peso. Esta conducta se traduce en el vómito auto-inducido.
- Tanto el exceso de comida como las comidas compensatorias deben ocurrir al menos dos veces por semana durante tres meses.
- El comportamiento es influenciado por la imagen corporal.

¿Qué es la vigorexia?

La vigorexia es un trastorno mental en el que la persona se obsesiona por su estado físico hasta niveles patológicos. Estas personas tienen una visión distorsionada de ellos mismos y se ven débiles y enclenques. Por este motivo, el trastorno incide directamente sobre su conducta alimentaria y sus hábitos de vida, y se caracteriza por realizar una actividad física extrema, abandonando las relaciones sociales y descuidando otros aspectos de su vida, para dedicar todo su tiempo a entrenar.

La adicción al ejercicio se acompaña de una ingesta exagerada de proteínas y carbohidratos y el consumo abusivo de sustancias como esteroides anabolizantes, con el fin de aumentar la masa muscular y conseguir un cuerpo musculoso. Este trastorno también se conoce como complejo de Adonis, anorexia invertida o dismorfia muscular.

Como prevenir los TCA

- Lo más importante es informarse de estos trastornos, y de esta forma, con información, perder el miedo a vigilar, a ayudar a prevenir o a acudir a un especialista por parte de los padres.
- No ignorar el problema, no se va por sí solo. Hay que hacerse conscientes y buscar información y ayuda.
- Ante la bulimia y la anorexia, no valen las ayudas a media tinta, hace falta tratamiento y de manos de especialistas.
- No hay que esconder nada, es una enfermedad no algo de lo que avergonzarse. El apoyo de toda la familia y amigos es fundamental para salir victoriosos.
- Debemos vigilar los hábitos alimenticios. Nuestra misión es educarles y debemos estar atentos en corregir aquello que o es adecuado
- Como siempre, educar con el ejemplo.

Al terminar la explicación del tema se les pedirá a los alumnos que se formen en equipos de 7 personas para realizar una adinámica.

La dinámica se llama sopa de letras. (**Anexo 3**), Consiste en entregarles un paquete con diversas letras a los equipo y ellos tendrán que formar la palabra indicada (TU ERES MAS QUE UNA IMAGEN) posteriormente se les entregara otro paquete de un rompecabezas (**Anexo 4**), el cual tienen que realizar, el equipo ganador recibirá un premio.

Por último se les dejara de tarea investigar ¿cuáles son las características de la anorexia nerviosa, la bulimia y la vigorexia?

Para finalizar la sesión se realizara una lluvia de ideas para reforzar y evaluar lo aprendido y se agradecerá por la atención.

Preparación

Adquirir los materiales necesarios para la sesión.

Materiales

- Imágenes
- Plumones
- Copias
- Hojas de color
- Papel

Evaluación

Se realizara una lluvia de ideas la cual ayudara a evaluar lo aprendido de los temas en la sesión

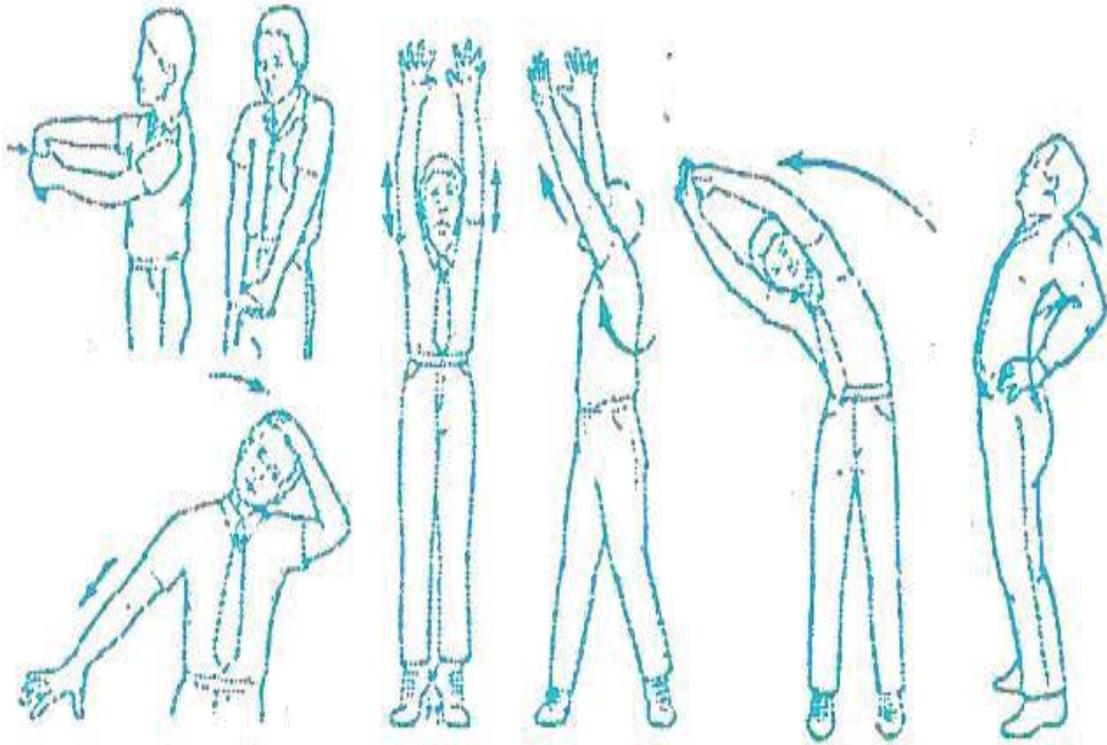
Tarea: Se les proporcionara a los alumnos un material llamado auto concepto (anexo 5) se deberán contestar las preguntas solicitadas

Fuente

<http://www.cruzroja.es/crj/docs/salud/manual/005.pdf>

(**Anexo 1**)

Ejercicios de Estiramiento



Anexo 2

Bulimia

Esta enfermedad se caracteriza por episodios secretos de excesiva ingestión de alimentos

Algunos de sus síntomas son los atracones frecuentes con sentimientos de tristeza y culpa, vómitos posteriores a un atracón, esconder alimentos y comer a escondidas



Entre las causas de este problema se encuentran las experiencias de rechazo social o de fracaso que se atribuyen al peso y los consejos de las amigas

Anorexia

Negación del individuo a mantener el peso del cuerpo cercano a su ideal, según su estatura y edad.

Anorexia

Un miedo intenso a engordar.

Comienza a desarrollar hábitos

Le individuo no reconoce la extrema pérdida de peso



Cuando se sospeche o sepa que una persona tiene una anorexia nerviosa o Bulimia nerviosa debes hacer que consulte lo antes posible con su médico de cabecera para que éste le remita a un médico psiquiatra experto o especializado en esta enfermedad.

Anexo 3

T	U		E	R	E	S		M
S		Q	U	E		U	N	A
I	M	A	G	E	N	V	H	C
J	Y	P	D	B	S	N	X	O

Anexo 4



Ámate 

El autoconcepto

Como me encuentro
en la familia



Como me encuentro
en la escuela o instituto



Como me relaciono
con los demás



Como considero que
me ven los demás



Lo que más me molesta
de mi mismo



UN PASEO POR MIS ENORMES CUALIDADES

Duración:	Destinatarios/as	Sesión: 5
1 Hora	Adolescentes	

Descripción

Fomentar autoestima en el adolescente.

Objetivos

- Aprender a valorar nuestras cualidades positivas
- Mejorar la confianza en el adolescente

Contenidos

- ¿Qué es la autoestima?
- ¿Cuáles son las bases de la autoestima?
- ¿Cómo influye la autoestima en la vida cotidiana?
- Síntomas de la baja autoestima.

Revisión de tarea: Antes de comenzar con la sesión correspondiente se pedirá a los alumnos que saquen su tarea de la sesión anterior para poder comentarla en el grupo

Desarrollo

El educador para la salud se presentara en el salón. Posteriormente se les pedirá a los alumnos la tarea que se dejó la sesión pasada.

En esta sesión no se mencionara el tema del cual se hablar ya que los alumnos tendrán que adivinar cuál es el tema. Para lograr que los alumnos adivinen el tema se les pedirá que se tapen los ojos con unos paliacates que se les proporcionaran.

Posteriormente se colocara una música relajante y el educador comenzara a relatar el cuento de la rosa blanca (**Anexo 1**). Al finalizar la dinámica se pedirá a los alumnos que se quiten la venda y que comenten acerca del cuento y así mismo mencionen cual creen que es el tema de la sesión. Posteriormente se dará una breve explicación del significado de la palabra autoestima.

Definición de autoestima

Es la valoración que tienes de ti mismo. Puede ser positiva o negativa. Se forma con los pensamientos, sentimientos, sensaciones y experiencias que has ido teniendo sobre tu imagen durante toda tu vida. Pueden ser positivos, alta autoestima, o al revés, una incómoda sensación de no ser lo que deseas, baja autoestima.

¿Por qué es importante la autoestima?

Con una autoestima alta te sientes bien contigo mismo/a. Aprecias tu propia valía. Estás orgulloso/a de tus capacidades, habilidades y logros. Con baja autoestima sientes que no gustarás a nadie, que nadie te aceptará o que no eres bueno en nada. La buena o la mala autoestima influirán en todos los aspectos de tu vida, en la formación de tu personalidad y también en tu felicidad.

¿Y cómo se forma la autoestima?

Se forma desde el nacimiento. Es la relación entre el temperamento genético y el ambiente en el que vives. Todo se va asimilando e interiorizando. Puede variar a lo largo de la vida.

Factores que influyen:

- Personales (imagen corporal, habilidades físicas e intelectuales, etc.)
- Personas importantes (padres, hermanos, profesores, amigos u otras)
- Sociales (valores, cultura, creencias, etc.).
- Como verás, la autoestima está muy ligada a la sociedad en la que naces y vives.

Para qué te va a servir la autoestima

- Aceptación de ti mismo

Debes valorar tus cualidades. Pero también tienes que tener en cuenta los defectos y asumirlos como parte ti mismo.

- Respeto hacia ti

El valor que te des, te aportará las cualidades que los demás te reconocerán. Solo el que se respeta puede hacerse respetar y hacer valer sus necesidades.

- Respeto hacia los demás

Acepta las diferencias sin desprecio ni intolerancia hacia otras personas. Se consigue con la empatía y el buen trato.

- Formación personal

Dedica tiempo a la formación de tu cerebro. La inteligencia es fruto del trabajo del cerebro y puede crecer si lo ejercitas. El rendimiento depende del empeño que pongas y este será mayor si la autoestima es positiva.

Tipos de Autoestima

La autoestima en su componente afectivo conlleva la valoración de lo que en nosotros hay de positivo y de negativo. Implica un sentimiento de lo favorable o de lo desfavorable, de lo agradable y de lo desagradable que vemos en nosotros mismos.

Teniendo esto en cuenta, podemos distinguir tres tipos de autoestima: alta, baja y ajustada.

*La autoestima alta: lleva a la persona a tener un excesivo aprecio de sí misma y esto puede llevarle a ser egoísta, a despreciar a los demás, a pensar que su criterio es el único valioso y a mostrarse agresiva en ocasiones.

*La autoestima baja: se da cuando la persona se rechaza y siente una profunda insatisfacción y desprecio por sí misma. Esto le puede llevar al aislamiento, a la ansiedad, a la torpeza en las relaciones con los demás, al fracaso en los estudios y en la vida profesional.

*La autoestima ajustada: se da cuando la persona se acepta a sí misma. Sabe cómo es. Conoce sus virtudes y sus defectos. Esta aceptación lleva a potenciar lo positivo y a mejorar lo negativo.

Un adolescente con autoestima aprende más eficazmente, desarrolla relaciones mucho más gratas, está más capacitado para aprovechar las oportunidades que se le presenten, para trabajar productivamente y ser autosuficiente, posee una mayor conciencia del rumbo que sigue. Y lo que es más, si el adolescente termina esta etapa de su vida con una autoestima fuerte y bien desarrollada podrá entrar en la vida adulta con buena parte de los cimientos necesarios para llevar una existencia productiva y satisfactoria.

Al terminar la explicación se pedirá a los alumnos que se conformen en parejas y se les proporcionara una hoja blanca o de color, cada persona escribirá 3 cualidades que le gusten de su pareja y después intercambiaran sus papeles y al azar una pareja pasara a mencionar lo que escribió. Posteriormente se les proporcionara una hoja con preguntas con relación a su imagen corporal las cuales tendrán que contestar. (**Anexo 2**)

Por último se les pedirá a los alumnos que realicen la siguiente tarea: en media cuartilla de tu cuaderno escribe porque para ti es importante la autoestima.

Para Finalizar se leerán algunas reflexiones para mejorar el autoestima con relación a la imagen corporal. (**Anexo 3**).

Preparación

Adquirir los materiales necesarios para la sesión

Materiales

- Imágenes
- Copias
- Hojas de color

- Papel
- Copias
- Grabadora
- Música relajante

Evaluación

Se proporcionara un cuestionario el cual contiene preguntas las cuales ayudaran a identificar lo aprendido en la sesión

Fuente

ADOLESCENCIA E IMAGEN CORPORAL EN LA ÉPOCA DE LA DELGADEZ
Salazar, Z.

http://www.msssi.gob.es/ciudadanos/proteccionSalud/adolescencia/docs/Ado5_1.pdf

Tarea: Los alumnos deberán investigar

¿Qué significa alimentación?

¿Qué significa una buena alimentación?

(Anexo 1)

LA ROSA BLANCA

En un jardín de matorrales, entre hierbas y maleza, apareció como salida de la nada una rosa blanca. Era blanca como la nieve, sus pétalos parecían de terciopelo y el rocío de la mañana brillaba sobre sus hojas como cristales resplandecientes.

Ella no podía verse, por eso no sabía lo bonita que era. Por ello pasó los pocos días que fue flor hasta que empezó a marchitarse sin saber que a su alrededor todos estaban pendientes de ella y de su perfección: su perfume, la suavidad de sus pétalos, su armonía. No se daba cuenta de que todo el que la veía tenía elogios hacia ella.

Las malas hierbas que la envolvían estaban fascinadas con su belleza y vivían hechizadas por su aroma y elegancia.

Un día de mucho sol y calor, una muchacha paseaba por el jardín pensando cuántas cosas bonitas nos regala la madre tierra, cuando de pronto vio una rosa blanca en una parte olvidada del jardín, que empezaba a marchitarse.

–Hace días que no llueve, pensó – si se queda aquí mañana ya estará mustia. La llevaré a casa y la pondré en aquel jarrón tan bonito que me regalaron.

Y así lo hizo. Con todo su amor puso la rosa marchita en agua, en un lindo jarrón de cristal de colores, y lo acercó a la ventana.- La dejaré aquí, pensó –porque así le llegará la luz del sol. Lo que la joven no sabía es que su reflejo en la ventana mostraba a la rosa un retrato de ella misma que jamás había llegado a conocer.

-¿Esta soy yo? Pensó. Poco a poco sus hojas inclinadas hacia el suelo se fueron enderezando y miraban de nuevo hacia el sol y así, lentamente, fue recuperando su estilizada silueta. Cuando ya estuvo totalmente restablecida vio, mirándose al cristal, que era una hermosa flor, y pensó: ¡¡Vaya!!

Hasta ahora no me he dado cuenta de quién era, ¿cómo he podido estar tan ciega? La rosa descubrió que había pasado sus días sin apreciar su belleza. Sin mirarse bien a sí misma para saber quién era en realidad.

Si quieres saber quién eres de verdad, olvida lo que ves a tu alrededor y mira siempre en tu corazón.

(Anexo 2)

El cuestionario tiene 10 preguntas. Por favor, contéstelas todas.

	Muy de acuerdo	De acuerdo	En desacuerdo	Muy en desacuerdo
1 En general, estoy satisfecho conmigo mismo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2 A veces pienso que no soy bueno en nada.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3 Tengo la sensación de que poseo algunas buenas cualidades.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4 Soy capaz de hacer las cosas tan bien como la mayoría de las personas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5 Siento que no tengo demasiadas cosas de las que sentirme orgulloso.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6 A veces me siento realmente inútil.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7 Tengo la sensación de que soy una persona de valía, al menos igual que la mayoría de la gente.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8 Ojalá me respetara más a mí mismo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9 En definitiva, tiendo a pensar que soy un fracasado.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10 Tengo una actitud positiva hacia mí mismo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

(Anexo 3)

Reflexión 1:

En los medios de comunicación nos intentan vender un determinado modelo de figura corporal. Al no poseer esa figura, muchas personas se angustian. No caigas en la trampa. Recuerda que los gustos de las personas son diferentes, por lo que siempre

Podemos encontrar a alguien que le guste nuestro cuerpo. Todos podemos ser atractivos para los demás y ser queridos.

Reflexión 2:

Recuerda que la figura corporal es importante cuando no se conoce a las personas, pero no lo es tanto cuando se convive con ellas.

Reflexión 3:

Lo importante no es la mera figura corporal, sino la gracia que se le ponga. Haz que tu cuerpo sea expresivo

INICIEMOS UNA BUENA ALIMENTACIÓN

Duración: 1 Hora **Destinatarios/as:** Adolescentes **Sesión:** 6

Descripción

Fomentar una buena alimentación en el adolescente.

Objetivos

- Aprender a llevar una dieta balanceada y saludable
- Mejorar la confianza en el adolescente con relación a su alimentación

Contenidos

- Una buena alimentación
- El pato del buen comer
- El adolescente y su alimentación

Revisión de Tarea: Antes de comenzar con la sesión correspondiente se revisara la tarea, los alumnos deberán participar contestando las preguntas correspondientes.

¿Qué significa alimentación?

¿Qué significa una buena alimentación?

Desarrollo

El educador para la salud se presentara en el salón. Posteriormente se les pedirá a los alumnos la tarea de la sesión pasada.

Se les mencionara a los alumnos cuales son los objetivos de la sesión. Aprender a llevar una dieta balanceada y saludable y mejorar la confianza en el adolescente con relación a su alimentación. Posteriormente se les entregara un material de apoyo a los alumnos (**Anexo 1**) Se continuara con la exposición de los temas:

La alimentación es un elemento importante en la buena salud, influye la calidad de los alimentos, la cantidad de comida y los hábitos alimentarios para un bienestar del ser humano, con lo cual se obtiene una nutrición equilibrada.

Las frutas y los vegetales contienen vitaminas, minerales, carbohidratos y fibra. Estas sustancias son necesarias para mantener el funcionamiento del organismo durante todas las etapas de la vida.

Por tal razón se recomienda comer diariamente dos frutas y dos tipos de vegetales. Los jarabes o pastillas de vitaminas no pueden sustituir una alimentación variada y completa que contiene todas las vitaminas y minerales necesarios.

¿Cómo se debe afrontar la alimentación del adolescente?

La adolescencia es una etapa de la vida marcada por importantes cambios emocionales, sociales y fisiológicos. Sobre estos últimos la alimentación cobra una especial importancia debido a que los requerimientos nutricionales, para hacer frente a estos cambios, son muy elevados y es necesario asegurar un adecuado aporte de energía y nutrientes para evitar situaciones carenciales que puedan ocasionar alteraciones y trastornos de la salud.

Necesidades y recomendaciones nutricionales

Las necesidades nutricionales de los adolescentes vienen marcadas por los procesos de maduración sexual, aumento de talla y aumento de peso, característicos de esta etapa de la vida. Estos procesos requieren una elevada cantidad de energía y nutrientes, hay que tener en cuenta que en esta etapa el niño gana aproximadamente el 20% de la talla que va a tener como adulto y el 50% del peso. Estos incrementos se corresponden con aumento de masa muscular, y masa ósea. Toda esta situación se ve directamente afectada por la

alimentación que debe estar dirigida y diseñada para cubrir el gasto que se origina.

El plato del buen comer

Una herramienta útil que te puede ayudar a llevar una buena alimentación es el plato del bien comer, úsalo y lograrás llevar una dieta balanceada

Algunas veces, la rutina diaria y la falta de tiempo hacen que las personas no lleven una dieta balanceada y se olviden de consumir alimentos que les proporcionen las cantidades necesarias de nutrientes para un buen funcionamiento del organismo.

"El plato del bien comer. Una guía de alimentación para la población mexicana, que facilita la orientación alimentaria y puede así fomentar buenos hábitos de alimentación en la población para todos los grupos de edad", explica la nutrióloga Sandra Díaz.

¿En que nos beneficia?

Esta herramienta tiene como fin brindar orientación y ofrecer opciones prácticas para integrar una dieta correcta, adecuada a cada cultura, a las costumbres, las necesidades y posibilidades de cada individuo, para aprender a balancear sus alimentos de una manera práctica y sencilla.

Clasifica a los alimentos en tres grupos

Verduras y frutas: aportan vitaminas, minerales y fibra, así como color y textura a la dieta. Como ejemplo de este grupo tenemos la naranja, el plátano, la papaya, el brócoli, las zanahorias y la calabaza, entre otros. Recuerda que es importante incluir en la dieta diaria cinco porciones de verduras o frutas al día, de preferencia crudas y de la estación.

Cereales: Son la principal fuente de la energía que el organismo utiliza para realizar sus actividades diarias por lo que su consumo es fundamental para el buen funcionamiento orgánico. Este grupo incluye el maíz, arroz, trigo y avena. Es preferible consumir los cereales integrales por su aporte en fibra.

Leguminosas y alimentos de origen animal: es el grupo que aporta proteínas. Entre las leguminosas encontraras: frijoles, lentejas y habas. Su consumo es recomendable de una a dos veces por semana.

Los alimentos de origen animal aportan también grasa saturada (colesterol), por lo que su consumo deberá limitarse a una cuarta parte de tu plato. "Una dieta correcta, junto con la actividad física, son los pilares fundamentales que nos permiten mantener una buena salud".

Al finalizar la exposición se realizará una dinámica la cual consiste en que en el salón se encontraran pegados distintos alimentos del palto del bien comer y el alumnos deberá identificar un alimento de cada grupo del palto del buen comer y los pegara en pizarrón. Al finalizar la dinámica se les entregara otro material de apoyo (**Anexo 1**), donde los alumnos tendrán que contestar una serie de preguntas y con ello poder reforzar lo aprendido.

Por último se les pedirá a los alumnos que realicen la siguiente actividad, en una hoja de tu cuaderno dibuja es que es plato del buen comer.

Para finalizar la dinámica se dará las gracias por la atención prestada y el educador para la salud se despedirán dando las gracias por su atención prestada.

Preparación

Adquirir los materiales necesarios para la sesión

Materiales

- Imágenes
- Copias
- Papel y figuras de fomi
- Plumones

Evaluación

Se proporcionara un cuestionario el cual contiene preguntas las cuales ayudaran a identificar lo aprendido en la sesión.

Tarea: Los alumnos deberán buscar el significado de Estereotipo.

Fuente

ADOLESCENCIA E IMAGEN CORPORAL EN LA ÉPOCA DE LA DELGADEZ

Salazar, Z.

http://www.msssi.gob.es/ciudadanos/proteccionSalud/adolescencia/docs/Ado5_1.pdf

(Anexo 2)

Nombre: _____



Menú del día

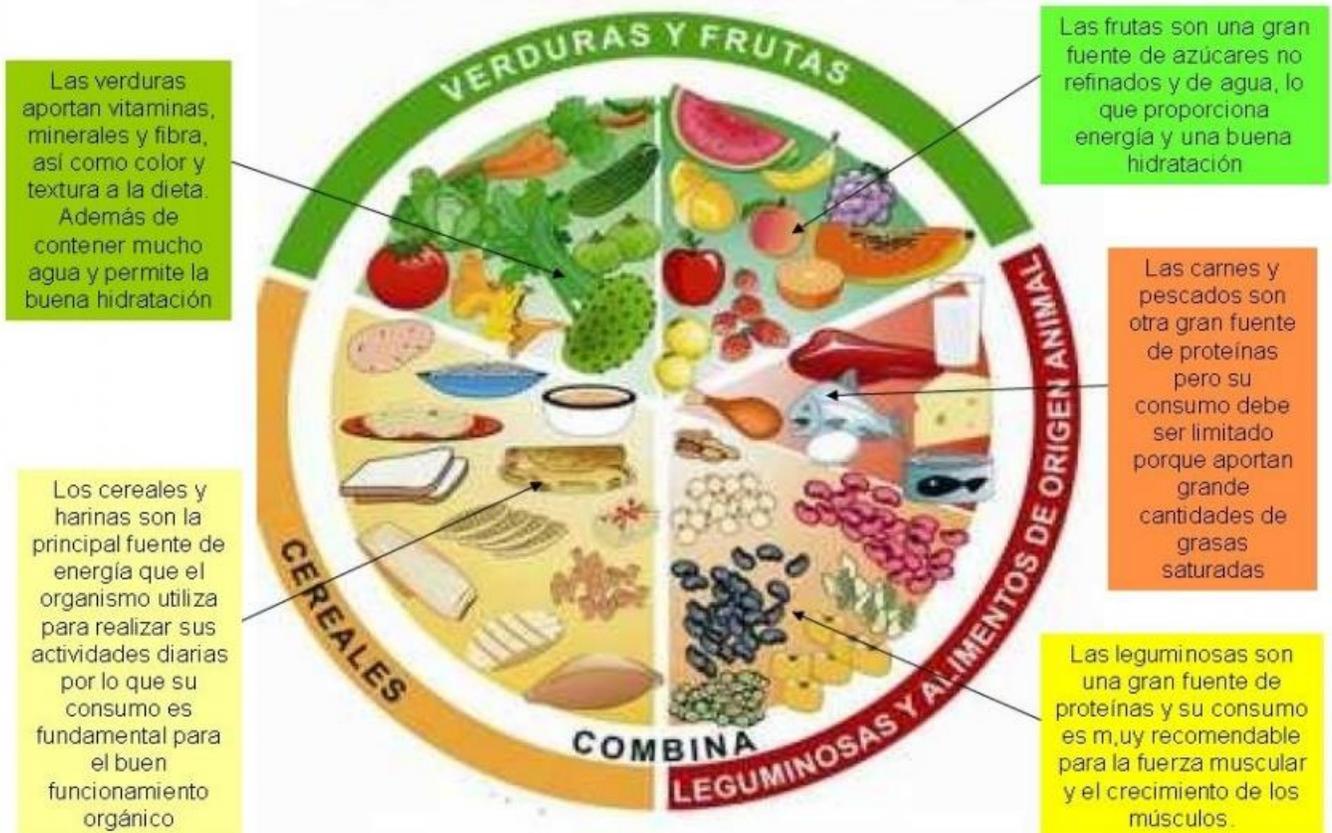
1.- Dibuja una mesa y sobre ella todos los alimentos que sean esenciales en un buen desayuno para comenzar el día

2.-Dibuja un palto con comida y un postre o colación que nos ayude a crecer sanos

3.-Dibuja una cena ideal para sentirnos esplendidos a la hora de irnos a descansar

(Anexo 1)

PLATO DEL BUEN COMER



DE GUSTOS NO HAY NADA ESCRITO

Duración: 1 hora **Destinatarios/as** Adolescentes **Sesión:** 7

Descripción

Fomentar una buena relación entre compañeros.

Objetivos

- Comprenderse mejor unos a otros.
- Superar estereotipos y tolerando los gustos de cada uno.

Contenidos

- Estereotipos y aceptación
- Comunicación
- Convivencia

Revisión de Tarea: Antes de comenzar la sesión correspondiente se elegirá a 3 alumnos para que lean en voz alta su definición de la palabra Estereotipo y poder comentarla.

Desarrollo

El educador para la salud se presentara en el salón. Posteriormente se les pedirá a los alumnos la tarea de la sesión pasada.

Se les mencionaran a los alumnos cuales son los objetivos de la sesión. Posteriormente se le entregara una hoja en blanco a cada alumno, en donde tendrán que poner "Me gusta... No me gusta... Mi sueño sería... Edad: Sexo:" y se entregan al coordinador de la dinámica, en este caso el educador para en salud. Éste leerá de una en una las hojas en voz alta, sin decir la edad y el sexo. Se trata

de adivinar entre todos si es chica o chico el que ha escrito la hoja y la edad del mismo. **(ANEXO 1)**.

(ANEXO 1)

Me gusta...

No me gusta...

Mi sueño sería...

Sexo:

Edad:

2) Lluvia de ideas respondiendo a las preguntas: ¿Cómo son los estereotipos de hombre y mujer en la sociedad actual? ¿Cómo nos gusta que sean los chicos? ¿Y las chicas? ¿Qué buscas en un amigo? ¿Y en una amiga? ¿Prefieres que nuestros amigos tengan gustos iguales o diferentes? ¿Aceptas a las personas que tienen gustos diferentes a los suyos? ¿Les resulta fácil o difícil tolerar los gustos de otros?

ESTEREOTIPOS EN ADOLESCENTES

A discriminación se sustenta en gran medida sobre los estereotipos que se han ido generando entorno a la idea que tenemos sobre cómo deben comportarse los hombres y las mujeres, los papeles que deben desempeñar en el trabajo, en la familia, el espacio público e incluso en cómo deben relacionarse entre sí. A este conjunto de ideas preconcebidas que utilizamos para analizar e interactuar con otros hombres y mujeres les llamamos estereotipos de género.

El estereotipo masculino se caracteriza por una gran necesidad de dominio, agresión y realización.

El estereotipo femenino envuelve una gran necesidad de dependencia, cuidados y afiliación.

Cada cultura tiende a reinterpretar los estereotipos de género lo que demuestra que las percepciones que tenemos sobre los hombres y las mujeres están socialmente construidas.

COMUNICACIÓN:

Es el proceso mediante el cual transmitimos y recibimos datos, ideas, opiniones y actitudes para lograr comprensión y acción Etimológicamente proviene del latín *comunicare* que se traduce como: "Poner en común, compartir algo".

La comunicación es un elemento básico generador de la sociabilidad, es a través de ella que el hombre se nutre y preserva su carácter como ser eminente de convivencia, además de promover la solidaridad social y el espíritu cooperativo entre los grupos.

Por último se les pedirá a los alumnos que realicen la siguiente tarea: En una hoja de tu cuaderno escribe porque es bueno tener una buena comunicación con los que me rodean.

Preparación

Adquirir los materiales necesarios para la sesión

Materiales

- Hojas blancas
- Bolígrafos
- Papel bond
- Plumones

Evaluación

Se proporcionara una hoja blanca a cada alumno, que consiste en que cada alumno tendrá que realizar una carta pero ahora será dirigida para uno de sus compañeros.

Tarea: los alumnos deberán traer una imagen que haga referencia a la palabra dependencia

<http://fuam.es/wp-content/uploads/2012/10/INTRODUCCION.-La-Comunicacion.-Principios-y-procesos.pdf>

Fundación de la Universidad Autónoma de Madrid.

YO, DESPUES YO Y AL ULTIMO YO

Duración:

1 Hora

Destinatarios/as

Adolescentes

Sesión: 8

Descripción

Fomentar la independencia en los adolescentes, que su autoestima no dependa de sus amigos, familia, etc.

Objetivos

- Reflexionar sobre quiénes son, sus ilusiones, sus temores y lo que esperan de la vida.
- Concientizar a los adolescentes en cuanto a ser independientes

Contenidos

- ¿Qué es la dependencia?
- ¿Cómo influyen los amigos, familia etc., en cuanto a la imagen corporal?
- ¿Cómo ser independiente?

Revisión de Tarea: Antes de comenzar con la sesión correspondiente se hará la revisión de la imagen solicitada de la palabra dependencia, los alumnos deberán pasar a pegar en el pizarrón su imagen para posteriormente comentar cada una de ellas.

El educador para la salud llegará al salón y saludará a los alumnos.

Posteriormente se les pedirá a los alumnos que entreguen su tarea de la sesión pasada.

Posteriormente les mencionarán los objetivos de la sesión, todos los alumnos

Estarán sentados, para esto se les colocara una mascada negra en los ojos de modo que estos no vean nada, se reproducirá una música, en donde será una tipo reflexión para los alumnos acerca del cómo ser independientes. **(ANEXO 1)**.

Posteriormente los alumnos se quitaran la mascada y uno por uno nos relatara como se sintió al escuchar la reflexión, que sintió, que pensó en ese momento, que se imaginó etc.

Posteriormente el educador para la salud pasara con una breve explicación de él porque es importante tomar nuestras propias decisiones, él porque es importante aceptarnos como somos y aceptar a los demás.

La autoestima tiene que ver con cuánto crees que vales y cuánto crees que vales para otras personas.

La autoestima es importante porque sentirte bien contigo mismo puede afectar tu salud mental y la forma en que te comportas. Las personas con la autoestima alta tienen un buen conocimiento de sí mismas. Son realistas y buscan amigos a quienes les agraden y los aprecien por lo que son. Habitualmente, las personas con alta autoestima sienten que tienen más control de sus vidas y conocen sus fortalezas y sus debilidades.

La imagen corporal es cómo te ves físicamente, si sientes que eres atractivo y si a los demás les agrada tu aspecto físico.

Para muchas personas, especialmente aquellas en los primeros años de su adolescencia, la imagen corporal puede estar estrechamente vinculada con la autoestima.

¿Qué influye en la autoestima de una persona?

Pubertad y desarrollo

Algunas personas tienen dificultades con su autoestima y su imagen corporal al entrar en la pubertad, porque es una etapa en la que el cuerpo atraviesa gran cantidad de cambios. Estos cambios, en combinación con el deseo de sentirnos

aceptados por nuestros amigos, implican que puede ser tentador que nos comparemos con los demás. El problema con esto es que no todos crecen o se desarrollan al mismo tiempo ni del mismo modo.

Las familias y la escuela

A veces, la vida familiar puede influir en nuestra imagen corporal. Es posible que algunos padres o entrenadores estén demasiado enfocados en verse de una determinada manera o en "llegar a un peso" para un equipo deportivo. Los miembros de la familia pueden luchar contra su propia imagen corporal o criticar el aspecto de sus hijos ("¿por qué tienes el cabello tan largo?" o "cómo es posible que no puedas usar pantalones que te queden bien?"). Todo esto puede influir en la autoestima de una persona, especialmente si es sensible a los comentarios de los demás.

Las personas también pueden ser el blanco de comentarios negativos y burlas hirientes de los compañeros de clase y los pares en relación con su aspecto. Aunque estos suelen ser producto de la ignorancia, a veces pueden afectar la imagen corporal y la autoestima.

Por último se les pedirá a los alumno que realicen una auto crítica de sí mismo, es decir: me burlo de mis compañeros, los critico, los humillo, etc.?

Para finalizar el educador se despedirán de los alumnos dando las gracias.

Preparación

Adquirir los materiales necesarios para la sesión

Materiales

- Mascadas
- Hojas blancas
- Bolígrafos
- Reproductor de música
- Bocinas

Tarea: los alumnos deberán anotar ¿Qué actividad te gusta hacer en tu tiempo libre?

Fuente

Influencia de los padres, amigos etc. en la imagen corporal del adolescente.

http://kidshealth.org/teen/en_espanol/mente/body_image_esp.html

ANEXO 1.



ACTIVATE A LA VIDA

DURACIÓN

1 hora

DESTINARIOS

Adolescentes

Sesión: 9

Descripción

Informar acerca cuál es la importancia que tiene la actividad física en el adolescente.

Objetivos

- Lograr que el adolescente conozcan que es la actividad física.
- Generar una atracción por la actividad física.

Contenidos

- Actividad física
- Deporte
- Beneficios de la actividad física
- Tipos de actividades físicas
- Motivaciones

Revisión de tarea: antes de iniciar la sesión correspondiente se revisara la tarea y se pedirá a los alumnos que compartan su punto de opinión sobre su actividad favorita.

Desarrollo

El educador para la salud, llegara al salón y se presentaran de forma agradable y cordial con el profesor y los alumnos. Posteriormente se les pedirá a los alumnos que entreguen su tarea que se les pidió la sesión pasada.

Después se explicara el motivo de la sesión, pretender que cada participante conozca que es la actividad física y cuáles son los beneficios para mantener una imagen corporal positiva.

A continuación se le pedirá cada participante que se ponga de pie e imite los ejercicios de estiramiento que el educador para la salud realizara. **(Anexo. 1).**

Después de realizar los ejercicios de estiramiento el educador para la salud pedirá a los participantes que tomen asiento y posterior mente explicar que es la actividad física.

La actividad física es el conjunto de movimientos del cuerpo que realiza una persona durante un periodo de tiempo, ya sea en su trabajo o en sus momentos de ocio.

¿Por qué es importante la actividad física en los adolescentes?

La actividad física es esencial para el crecimiento, el desarrollo y la salud de los jóvenes. Mantenerse en movimiento regularmente, mejora la capacidad cardiovascular, la resistencia, la flexibilidad y la densidad ósea. Además de ayudar a mantener un peso saludable, la actividad física mejora la autoestima, el rendimiento escolar, el bienestar emocional y cognitivo. También ayuda a reducir algunos factores de riesgo para enfermedades como la hipertensión, problemas cardiovasculares, obesidad, diabetes y osteoporosis mediante la creación de buenos hábitos en la infancia y la adolescencia.

El deporte es toda aquella actividad física que se realiza siguiendo unas reglas.

Ventajas, Beneficios fisiológicos.

La actividad física reduce el riesgo de padecer ciertas enfermedades.

- Ayuda a controlar el sobrepeso y la obesidad.
- Fortalece los huesos.

- Fortalece los músculos y mejora la forma física.

Beneficios psicológicos

La actividad física mejora el estado de ánimo y disminuye el riesgo de padecer estrés, ansiedad y depresión: aumenta la autoestima y proporciona bienestar psicológico.

Beneficios sociales

- Fomenta la sociabilidad
- Aumenta a autoestima y la integración social.

Beneficios adicionales en la adolescencia

- Contribución al desarrollo de la persona
- Control del sobrepeso y la obesidad
- Mejor maduración del sistema nervioso y aumento de las destrezas motrices.
- Mejor rendimiento escolar y sociabilidad.

Tipos de actividades físicas

Actividades físicas a través de tareas cotidianas.



A través de actividades físicas dirigidas.



MOTIVACIONES

- Pasarla bien
- Compartir experiencias con la familia
- Contar con ayuda de una persona entusiasta en la actividad física
- Sentir que la actividad física es una elección personal
- Sentirse competente y en forma
- Jugar con sus iguales
- Mayor agilidad

Para finalizar la sección el educador para la salud darán una hoja en donde vienen diversos deportes y el adolescente debe encerrar en un círculo cuál es su deporte favorito y si lo practica. **(Anexo 2)**

Preparación

Adquirir todos los materiales adecuados

Materiales

Hojas

Copias

Imágenes

Plumas

Colores

Evaluación

Se entregara una hoja en donde vienen diverso deportes y el adolescente debe encerrar en un círculo cuál es su deporte favorito y si lo practica.

Fuente

La actividad física y los adolescentes.

http://www.recercat.net/bitstream/handle/2072/47990/PJ_20090033402.pdf?sequence=2

(Anexo 1)

EJERCICIOS DE ESTIRAMIENTOS



(Anexo 2)

Hoja de evaluación

“ACTIVATE A LA VIDA“

INSTRUCCIONES: Encierra en un círculo cuál es tu deporte favorito y escribe porque escogiste ese deporte.

